QUE CONTROLE SOCIAL?
os conselhos de saúde como instrumento

QUE CONTROLE SOCIAL?
os conselhos de saúde como instrumento

Maria Valéria Costa Correia

Primeira reimpressão

ISBN: 85-85676-91-4

1ª edição: 2000
1ª reimpressão: 2003

Capa
Tiago Amaral

Ilustração da capa
Foto da escultura em mármore de Rodin, A mão de Deus

Projeto Gráfico
Angélica Mello

Editoração Eletrônica
Beatriz de Moraes Vieira

Revisão e Copidesque
Irene Ernest Dias

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

C824q Correia, Maria Valéria Costa
Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. / Maria Valéria Costa Correia. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
164 p., tab., graf.

1.Políticas de controle social. 2.Participação comunitária. 3.Conselhos de planejamento em saúde.

CDD - 20. ed. – 362.1042

2003
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

A Arthur, meu companheiro e grande incentivador desta publicação.

Aos meus filhos Luana, Maíra e Vítor, amores da minha vida, partes do meu ser.

A minha mãe, apoio incondicional para o desenvolvimento deste trabalho.

À memória de meu pai, exemplo de humor, vigor e persistência diante da vida.

A todos que acreditam e constroem uma nova ordem social que promova a dignidade humana.

Sumário

Prefácio 9

Apresentação 11

1. O Fundo Público no Capitalismo 17

2. A Mercantilização da Saúde 29

3. O Controle Social sobre a Política de Saúde 53

4. O Controle Social sobre o Fundo Municipal de Saúde:
o Conselho de Saúde de Santana do Ipanema 87

Considerações Finais 129

Notas 137

Referências Bibliográficas 153

Prefácio

Pode-se sentir, diariamente, a importância de se discutir controle social, ao acompanharmos as denúncias pela imprensa dos desvios, corrupção e apropriações indevidas do dinheiro público, do fisiologismo e clientelismo com a máquina estatal presentes nos três poderes das unidades federativas.

Maria Valéria Costa Correia aborda este tema, enfocando a necessidade do controle social sobre os recursos públicos, elegendo, como categoria de estudo, o fundo público.

Assim, inicia o livro apresentando o panorama do fundo público nos países desenvolvidos e no Brasil desde a crise do *Welfare State* até a década de 90, mostrando a preocupante tendência da sua utilização para o financiamento da reprodução do capital em detrimento do financiamento da reprodução da força de trabalho. Neste debate, insere a (des)constituição da esfera pública, das políticas públicas e da democracia.

O recorte específico na política de saúde é dado no segundo capítulo, em que se acompanha o percurso do fundo público da saúde no rastro da previdência social e, a partir de 1988, no rastro da seguridade social.

A história do controle social na saúde emergindo da relação Estado/sociedade é descrita no terceiro capítulo, em que analisa o respaldo legal deste controle sobre o fundo público da saúde na Lei 8.142/90, sua legitimação nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Normas Operacionais Básicas do SUS.

No quarto capítulo, Valéria mostra um estudo de caso em que articula os conceitos trabalhados nos capítulos anteriores com a realidade do conselho de saúde de um município brasileiro, apresentando os avanços e os limites do controle social sobre o Fundo Municipal de Saúde.

Este livro possibilita a todos uma compreensão, para além do aparente, do rumo perigoso que muitas vezes tem tomado a política de saúde brasileira. Mas vai além, mostrando que o caminho da superação desses desvios passa pela efetivação do controle social.

O marco teórico aqui apresentado é abrangente, se constituindo em leitura obrigatória para quem estuda, atua ou milita no campo das políticas sociais. Ao tomar como objeto de estudos uma realidade concreta, Valéria torna este livro também de especial interesse para conselheiros, gestores e profissionais da saúde.

Arlindo Fábio Gómez de Sousa
Sociólogo sanitarista
Superintendente do Canal Saúde/Fiocruz

Apresentação

Que controle social? É uma pergunta que suscita respostas diversas e polêmicas ao se tomar por base a relação entre Estado e sociedade. De que controle social este livro trata?

Na sociologia a expressão controle social é, geralmente, utilizada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade, submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Para alguns autores da área da ciência política e econômica, o controle social é realizado pelo Estado sobre a sociedade através da implementação de políticas sociais amenizando propensos conflitos sociais, contrastando os efeitos da expansão do capital. O campo das políticas sociais é contraditório, pois, através delas, o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo em que incorpora suas demandas.

É neste campo contraditório que nasce um novo conceito de controle social em consonância com a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam as demandas e os interesses da coletividade. É nesta perspectiva que o controle é realizado pela sociedade sobre as ações do Estado.

O controle social aqui não é tratado como forma de o Estado manter a ordem e a coesão social em torno de um projeto hegemônico mas, partindo do reconhecimento de que isso é uma realidade, apresenta-se a necessidade de reverter este controle na perspectiva de a sociedade obtê-lo sobre o Estado radicalizando os espaços burgueses de democracia e ampliando a esfera pública.

Neste livro, o eixo de exposição é o controle social sobre os recursos da saúde exercido por meio dos conselhos de saúde. Esse eixo parte de um estudo teórico sobre o fundo público, que enfoca as tendências atuais em sua utilização e particulariza o fundo público da saúde, passa por uma abordagem histórica sobre o controle social na política de saúde e seu respaldo

legal, e se encerra com um estudo de caso em um conselho de saúde de um município brasileiro, no qual analiso as possibilidades e limites do controle por ele exercido.

A participação social foi institucionalizada[1] no decorrer das modificações na relação entre Estado e sociedade na década de 80, período de democratização do Estado brasileiro. Na área da saúde, esta participação foi concebida como controle social, ou seja, como controle que a sociedade deve ter sobre as ações do Estado e, conseqüentemente, sobre os recursos públicos, colocando-os na direção dos interesses da coletividade.

Nessa área, constituíram-se dois canais de participação – a conferência e o conselho – regulamentados na Lei 8.142/90, que estabelece como papel do conselho deliberar sobre a política de saúde, inclusive sobre os aspectos econômicos e financeiros. Essa atribuição legal integra as discussões aqui apresentadas, em um estudo do controle social sobre o fundo público da saúde por meio dos conselhos, que são, atualmente, uma realidade no Brasil. Espalhados em todo território nacional, existem mais de 5.200 conselhos de saúde, em aproximadamente 94% dos municípios e todos os estados. Isso significa a existência de cerca de 64.000 conselheiros, novos atores no cenário da política de saúde.

Na condição de assistente social que atua no campo da política de saúde, acompanhei de perto a criação e organização de muitos conselhos e conferências de saúde no estado de Alagoas. Este livro, escrito originalmente como dissertação de mestrado na Universidade Federal de Pernambuco, apresentada em setembro de 1997 e revista e modificada em abril de 2000, incorpora as reflexões feitas com base nessa prática profissional.

Nele, situo a política de saúde brasileira no contexto econômico e político mais geral, com base nos caminhos trilhados na aplicação dos recursos a ela destinados, e reflito sobre os limites e perspectivas do exercício do controle social neste campo. Para tanto, nos capítulos iniciais, faço um estudo sobre o processo, em curso, da mercantilização do fundo público na atual configuração do capitalismo mundial e em especial do fundo da saúde no Brasil, abordando a legalidade e a legitimidade do controle social sobre este.

No primeiro capítulo, com base nos estudos de Francisco Oliveira, teórico brasileiro que faz uma discussão aprofundada sobre o tema, inseri o fundo da saúde no contexto mais amplo do fundo público como recurso estatal. Faço uma abordagem teórica sobre o fundo público e sua utilização, no sistema capitalista, para financiamento da reprodução do capital e da força de trabalho. Caracterizo a sua utilização nos países do *Welfare State*, antes e depois da crise do modelo de acumulação fordista-keynesiano.

Essa discussão teórica sobre o fundo público está permeada pela discussão sobre a esfera pública e a democracia. Nos países do *Welfare State*, a estruturação de uma esfera pública, da democracia representativa e a expansão da utilização do fundo público para o financiamento da reprodução da força de trabalho, implicando o alargamento dos gastos sociais, ocorreram simultaneamente. A estruturação e ampliação da esfera pública são importantes mesmo nos limites do Estado classista, pois negam a sua dominação exclusiva pelas classes hegemônicas, e criam um espaço para a expressão das classes subalternas[2] na defesa de seus interesses.

Particularizei, para a análise do caso brasileiro, a utilização do fundo público, considerando as especificidades da esfera pública e do sistema democrático do país. Isso porque, enquanto nos países desenvolvidos que atingiram o Estado de bem-estar social – desde 1955, principalmente depois de 1964 – estruturou-se uma economia socialmente regulada, no Brasil aconteceu o que Oliveira (1990a) chamou de economia de regulação truncada – uma intervenção estatal que privilegia o financiamento da reprodução do capital.

A utilização do fundo público no capitalismo oligopolista contemporâneo brasileiro é marcada, de um lado, por empresas estatais que não são públicas, pois seus fundos são estatais mas adotam uma lógica de desempenho privada, e, de outro, por fundos estatais que subsidiam empresas privadas. O público se privatiza na direção da substituição dos fundos da acumulação privada pelos estatais (Oliveira, 1990b).

No capítulo 2, analiso como vem se dando historicamente o processo de mercantilização da saúde, desde suas origens na trajetória da previdência social e, pós-88, na trajetória da seguridade social, atual sistema brasileiro de proteção social.

Descrevo, também, a ‘universalização excludente’, ou seja, o paradoxo funcional à expansão do capital segundo o qual, simultaneamente ao acesso universal à saúde garantido na Constituição de 1988, deu-se a expulsão da camada média da população e do operariado mais bem assalariado dos serviços públicos de saúde, devido à sua precariedade, e a conseqüente expansão dos seguros privados, que hoje atingem cerca de 45 milhões de brasileiros. A rede pública e a privada convivem em harmonia: a primeira se encarrega dos serviços de saúde não lucrativos, ao passo que a segunda se encarrega da parte lucrativa.

A rede privada é complementar à rede pública, segundo a legislação do SUS, podendo ser contratada ou conveniada. Assim, recursos públicos são repassados à rede privada por meio da compra de serviços de saúde, ou por

meio de modalidades de gestão como terceirização, delegação ou parceria com 'organizações sociais'. Em qualquer dessas formas de gestão, a rede privada obtém lucro com recursos públicos.

A utilização de dinheiro público para financiar a reprodução do capital tem sido implementada pelo projeto neoliberal em curso. Descrevo como vem se dando esse processo e abordo a instabilidade das fontes de recursos, bem como alguns problemas em torno do orçamento da saúde.

No capítulo 3, discuto a possibilidade de os conselhos de saúde, como mecanismos de controle social, resistirem ao rumo que a política nacional de saúde vem tomando, na medida em que trazem demandas da sociedade e propõem ampliação e melhoria de qualidade nos serviços do setor. Apresento a história do controle social na saúde dentro do panorama da relação entre Estado e sociedade. Em seguida, analiso como ocorrem o respaldo legal, a legitimidade e os entraves do controle social sobre os recursos da saúde por meio dos conselhos, na Lei 8.142/90, nas Conferências Nacionais de Saúde (CNSs) e nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS.

No capítulo 4, apresento um estudo de caso que enfoca o Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema, município brasileiro situado no estado de Alagoas, caracterizando sua atuação e verificando os avanços e limites do exercício do controle social sobre o Fundo Municipal de Saúde. Estudo a realidade concreta de um conselho, observando até que ponto tal controle existe. Com essas reflexões, objetivo contribuir para o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

A escolha desse conselho se deu com base em consultas aos dados da Pesquisa de Avaliação da Municipalização da Saúde em Alagoas, realizada pela Secretaria de Estado da Saúde (Sesau) em parceria com a Fundação Nacional de Saúde (FNS) e com o Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Alagoas (Nusp/Ufal), de outubro a novembro de 1996, alcançando 100% dos municípios então existentes no estado. Tal pesquisa avaliava também a estruturação, organização e atuação dos conselhos. Observei que, entre os conselhos pesquisados, o que desenvolvia um acompanhamento mais sistemático do Fundo Municipal de Saúde era o do município de Santana do Ipanema.

Inicialmente, caracterizo o perfil político, econômico, social e epidemiológico do município estudado e descrevo o processo de municipalização, a organização da Secretaria Municipal de Saúde e a criação do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde.

Para realizar esse estudo de caso, procedi a uma pesquisa documental e a uma pesquisa de campo. A pesquisa documental se fez por meio de consulta a 23 atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, realizadas

entre janeiro de 1994 e janeiro de 1997. Também consultei o Plano Municipal de Saúde 1996-1997 e o Plano de Aplicação Financeira 1996; Relatório de Gestão 1993-1995; resoluções do Conselho Municipal de Saúde; leis de criação do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde; leis do Orçamento Anual da Prefeitura 1994/95/96 e 97; tabelas de distribuição do teto financeiro do município; demonstrativos de receitas e despesas do Fundo Municipal de Saúde e o regimento interno do conselho. A pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com os conselheiros e de observações às reuniões do conselho. Participei, ainda, como instrutora de uma oficina de capacitação, em dezembro de 1996, que teve como objetivo avaliar a atuação do conselho em suas duas gestões.

Ao final, faço algumas considerações sobre as dificuldades e possibilidades do exercício do controle social sobre o fundo de saúde por meio dos conselhos de saúde.

O conhecimento é um processo inacabado, a cada dia o questionamos, o revisamos e o ampliamos. Ele nunca está pronto. Foi com essa certeza que escrevi este livro. No entanto, alguns princípios devem ser preservados, estão entranhados no ser social e se expressam em cada frase: indignação com a realidade econômica, social e política à qual a humanidade está submetida, paciência histórica para romper com esta realidade, esperança e crença de que chegará o dia em que a saúde existirá plenamente para todos e será sinônimo de emancipação, vida digna, 'comida, diversão e arte'.

Capítulo I

O Fundo Público no Capitalismo

Tendências na Utilização do Fundo Público

O fundo público é aqui entendido como os recursos que compõem o tesouro do Estado. São recursos públicos utilizados tanto para financiar a acumulação do capital como a reprodução da força de trabalho.[3] Este fundo é estrutural ao capitalismo.

Utiliza-se o fundo público para o financiamento da acumulação do capital quando se subsidia a implantação de indústrias com a construção de estradas, a instalação de redes de energia e de água etc., a produção com incentivos fiscais, a agricultura e o mercado financeiro e de capitais, por meio de bancos e/ou fundos estatais, entre outras formas. É utilizado também para o financiamento da reprodução da força de trabalho, com investimentos sociais em bens e serviços de consumo coletivo, tais como saúde, educação e previdência, entre outros.

Assiste-se, atualmente, a uma nova configuração geopolítica mundial, que se inicia a partir da crise do petróleo, na década de 70, e da queda do denominado socialismo real, na década de 80. Conforma-se uma tendência à homogeneização da política econômica nos moldes do capitalismo oligopolista, reordenado segundo os princípios do liberalismo econômico. É o neoliberalismo no cenário mundial permitindo ao capital privado fazer tudo o que quiser em busca do lucro e da acumulação.

Nesse contexto, a direita tem o objetivo de dissolver as arenas específicas de confronto e negociação, para deixar o espaço aberto ao mercado, orientando a intervenção do Estado às necessidades de expansão do capital. Trata-se de uma regressão, pois o que se propõe é a manutenção do fundo público como suporte apenas para o capital, reduzindo-se cada vez mais sua aplicação em gastos sociais.

O conceito de fundo público que embasará nossas discussões, dentro do panorama descrito, é do autor brasileiro Francisco de Oliveira, que desenvolveu um estudo aprofundado sobre este tema. Segundo ele, "o fundo público é um conceito construído para a investigação dos processos pelos

quais o capitalismo perdeu sua capacidade auto-regulatória; ao mesmo tempo, ele tem a pretensão de sintetizar o complexo que tomou o lugar da auto-regulação" (Oliveira, 1993:136).

Esse conceito de fundo público trabalha a nova relação entre Estado e economia no capitalismo contemporâneo em sua contradição:

> *Ele não é, portanto, a expressão apenas de recursos estatais destinados a sustentar ou financiar a acumulação de capital; ele é um 'mix' que se forma dialeticamente e representa na mesma unidade, contém na mesma unidade, no mesmo movimento, a razão do Estado, que é sociopolítica, ou pública, se quisermos, e a razão dos capitais, que é privada. (Oliveira, 1993:139)*

Há uma extrapolação das relações privadas para a esfera pública. Os interesses privados se tornam interesses gerais, tomando uma forma estatal chamada de função do Estado. Houve uma publicização das classes sociais, um deslocamento da luta de classes da esfera das relações privadas para a das relações públicas. O fundo público só existe e se mantém como conseqüência desse deslocamento (Oliveira, 1993).

Ainda conforme Oliveira (1993), as classes sociais, além de serem atrizes do confronto privado, passam a ser cada vez mais requeridas como atrizes da regulação pública. Desta forma, a esfera pública burguesa, penetrada por um fundo público, que é o espaço do deslocamento das relações privadas, é atravessada pelos interesses das classes antagônicas. Ressalta-se, porém, que os interesses da classe burguesa são hegemônicos.

Assim, por recobrir a publicização da relação social privada, a forma estatal passa a ser um recurso da luta de classes (Oliveira, 1995b); o Estado é crescentemente requisitado para resolver os conflitos dela decorrentes.

As novas relações entre Estado e sociedade e entre Estado e economia são produto da luta de classes (Oliveira, 1995b). Oliveira afirma que "há uma desprivatização do Estado movida pela luta de classes, do lado dos trabalhadores. Há gastos do Estado, gastos sociais, que não são feitos no sentido da reprodução do capital. São gastos determinados pela luta de classes, com finalidades sociais" (Oliveira,1995b:8).

Esse deslocamento da luta de classes para a esfera das relações públicas possibilita às classes dominadas intervirem nas finalidades dos gastos do Estado, para que estes atendam a seus interesses, rompendo com a prática de orientá-los quase exclusivamente para a sustentação dos interesses das classes dominantes, ou seja, para a reprodução do capital.

O que está no eixo de nossa discussão é a possibilidade de a sociedade organizada intervir nas ações do Estado, no gasto público, redefinindo-

o na direção das finalidades sociais, resistindo à tendência de servir com exclusividade à acumulação de capital. É o que aqui está sendo chamado de controle social.

Fundo Público no *Welfare State*: o modo social-democrata de produção

Nos países do *Welfare State*,[4] ou seja, nos países europeus de capitalismo avançado que atingiram um alto padrão de proteção social, o fundo púbico foi progressivamente usado para o financiamento da reprodução da força de trabalho,[5] aumentando o salário indireto e o poder de compra do trabalhador. Essa forma que o fundo público assumiu foi chamada por Oliveira (1993) de 'modo social-democrata de produção' e substituiu a autorregulação capitalista. Tal processo foi simultâneo à estruturação de uma esfera pública e à ampliação da democracia.

O financiamento público tornou-se marcado por regras definidas pelos principais grupos sociais e políticos, criando-se uma esfera pública ou um mercado institucionalmente regulado. No *Welfare State*, a alocação de recursos econômicos passou a ser cada vez mais dominada por relações de forças políticas (Przeworski, 1989).

Segundo Oliveira, no padrão de financiamento público do *Welfare State*, "o fundo público desmercantiliza parcialmente a força de trabalho, isto é, seu caráter de mercadoria" (Oliveira, 1993:142),[6] na medida em que toma a forma do financiamento público de bens e serviços sociais públicos, tornando-se salário indireto. O autor também afirma que tais bens e serviços funcionaram a partir da grande II Guerra Mundial como 'antimercadorias sociais', "pois sua finalidade não é a de gerar lucros, nem mediante a sua ação dá-se a extração da mais-valia" (Oliveira, 1988:15).

Entretanto, ressalta-se que o caminho trilhado pelo sistema capitalista, especificamente nas mudanças operadas pelo *Welfare State*, repõe a velha questão de que os limites desse sistema "só podem estar na negação de suas categorias reais, o capital e a força de trabalho. Assim, a função do fundo público no travejamento estrutural do sistema tem muito mais a ver com os limites do capitalismo, como um desdobramento de suas próprias contradições internas" (Oliveira, 1988:19). O que se vislumbra com a emergência do antivalor no processo do fundo público é a capacidade de passar-se a outra fase, em que a produção do valor toma novas formas. Estas, entretanto, aparecem ainda como necessidade da lógica interna de expansão do sistema capitalista, e não como sua negação (Oliveira, 1988).

Nesta perspectiva de análise dos limites da função do fundo público no capitalismo, Marcelo Ridenti (1994) considera a proposta formulada por José Giannoti (1983), de autogestão dos trabalhadores – em que estes tenham uma representação dentro e fora do Estado, com o fim de controlar o fundo público, subvertendo o fundamento material do Estado e do capitalismo contemporâneo –, como uma formulação que tem parentesco com as tradições da social-democracia européia, na qual o socialismo poderia ser alcançado pelo controle gradativo sobre o tesouro do Estado.

No entanto, Ridenti concorda com Giannoti no destaque dado ao papel central do fundo público no capitalismo de hoje "com implicações na constituição e nas lutas de classes" (Ridenti, 1984:103). Faz, porém, uma crítica ao fato de Giannoti apresentar tal ideal – a democratização da gestão e da aplicação do fundo público – como mais viável do que os projetos marxista-leninista e anarquista. E situa esse ideal dentro do limite da social-democracia, que "tem se revelado incapaz de contrapor-se ao capitalismo contemporâneo, de ser uma alternativa à barbárie do presente, constituindo-se no máximo em resistência setorial a ela, senão mesmo em gestor do capitalismo" (Ridenti, 1994:104).

Entretanto, Ridenti não nega a importância das lutas pela democratização do fundo público em uma sociedade como a brasileira, "na qual os direitos à cidadania são recusados à maior parte da população", pois, nesta realidade, "chega mesmo a ser subversiva a luta pela construção de uma esfera pública" (Ridenti, 1994:107). Isso porque se assiste à tendência à utilização do fundo público para atender aos interesses privativistas e clientelistas expressos no financiamento da acumulação de capital e nos escândalos de corrupção relacionados a desvio de verbas nos orçamentos públicos.

A democratização do fundo público, que implica a interferência da sociedade organizada na destinação do gasto público, abala, de certa forma, o monopólio das classes dominantes sobre os recursos que, sendo públicos, deveriam ser gastos, cada vez mais, com bens e serviços coletivos.

Destaca-se a importância de a sociedade criar espaços democráticos para interferir ou mesmo controlar as ações do Estado e o gasto público, para que este não se restrinja aos interesses clientelistas e privatizantes da classe dominante. O fundo público deve se voltar para finalidades sociais, estruturando e ampliando a esfera pública brasileira, ou seja, deve ser utilizado na educação, saúde, transporte, habitação popular, ou seja, em bens de consumo coletivo que não buscam o lucro. É nessa perspectiva que se aborda aqui o controle social, ou seja, o controle da sociedade sobre as ações do Estado e, conseqüentemente, sobre o gasto público.

Na atual crise do capitalismo mundial e do *Welfare State*, a burguesia rejeita compromissos que impliquem influência pública sobre o investimento e a distribuição da renda. A esfera pública e a democracia constituída nos países que as atingiram estão ameaçadas de restrições.

A tese neoliberal defende a quebra de qualquer obstáculo à acumulação de capital, ameaçando, inclusive, as bases democráticas e as alteridades constituídas. Essa nova dinâmica econômica pretende, cada vez mais, diminuir os controles institucionais, considerados barreiras para a expansão ilimitada do capital. A redução de tais controles abala as instituições democráticas.

> *Pela primeira vez em muitas décadas, a direita possui um projeto histórico próprio: libertar a acumulação de todas as cadeias impostas a ela pela democracia. Pois a burguesia jamais completou sua revolução. Logo que libertou a acumulação das amarras impostas pela ordem feudal, a burguesia foi forçada a sujeitá-la às limitações do controle popular exercido por meio do sufrágio universal. A combinação da propriedade privada dos meios de produção com o sufrágio universal é um compromisso, e ele implica que a lógica da acumulação não seja exclusivamente a lógica dos atores privados. (Przeworski,1988:43)*

Na atual ofensiva da direita, propõe-se um tipo de sociedade em que a acumulação estaria livre de qualquer forma de controle, livre das restrições da distribuição da renda, das considerações sobre desemprego, meio ambiente, saúde dos trabalhadores e segurança dos consumidores; seus planos visam também a enfraquecer os sindicatos. Trata-se de um projeto para uma nova sociedade, uma revolução burguesa (Przeworski, 1988).

A década de 90 foi marcada pela configuração de um capitalismo sem regulação, sem fronteira, e por transformações no mundo do trabalho e no sistema produtivo. A internacionalização das relações econômicas e financeiras, bem como a instantaneidade da comunicação, características da globalização, favoreceram a liberdade e a rapidez do fluxo de capitais em nível mundial.

O capitalismo está enfrentando outra crise, que se iniciou na década de 70, com um processo de reestruturação produtiva baseado no modelo de acumulação flexível. Tal modelo, associado ao ressurgimento da ideologia liberal, que impõe a redução da intervenção do Estado na economia e na sociedade a um patamar necessário à reprodução do capital, implica a flexibilização nas relações de trabalho e de produção e a ampliação da liberdade do mercado como regulador socioeconômico.

Segundo Oskar Negt, sociólogo alemão da Escola de Frankfurt, amigo do social-democrata Gerhard Schoeder, atual primeiro-ministro da Alemanha, “somente agora o capital funciona exatamente na escala interna-

cional e na velocidade descritas por Karl Marx, na sua lógica pura de acumulação e abstração, também chamada de 'globalização'" (*Folha de S. Paulo*, fev. 99).

Anderson (1995) afirma que o neoliberalismo econômico fracassou, por não conseguir revitalizar a dinâmica do capitalismo. Mostra que os países menos influenciados pelo neoliberalismo apresentam maiores êxitos econômicos. Porém, salienta que o neoliberalismo, socialmente, conseguiu vários dos seus objetivos, criando sociedades mais desiguais.

Na segunda metade da década de 90, em alguns importantes países da Europa, a chamada centro-esquerda assumiu o governo, a exemplo dos primeiros ministros da Alemanha, um social-democrata, e da Inglaterra, um ex-líder do Partido Trabalhista que se intitulou defensor de uma 'terceira via'.

Esta terceira via, longe de ser a ruptura com o capital, busca uma alternativa político-institucional, distinta da social-democracia tradicional e do neoliberalismo, para a perpetuação e expansão do capitalismo. A terceira via propõe, segundo Anthony Giddens (1995:5),[7] seu ferrenho defensor, a criação de uma nova economia mista que "diz respeito a um equilíbrio entre regulamentação e desregulamentação, e entre o aspecto econômico e o não econômico na vida da sociedade".

Essa mescla de elementos neoliberais e keynesianos que os países europeus de centro-esquerda têm propugnado, ou seja, uma nova concepção social-democrata que não se opõe ao neoliberalismo para enfrentar a crise, é regida pelas leis de mercado e o "bem-estar e a existência social das pessoas são avaliados em sua compatibilidade com o fluxo de capital" (Kurz, 1999:08).

Desmascarando essa pseudo-esquerda, Kurz[8] refere-se aos governantes desses países como simples marionetes dos mercados financeiros que há tempos se tornaram autônomos, e ainda como 'ditadores democráticos' que, explorando de forma ideológica a história da esquerda, instrumentaliza de maneira pérfida o antigo lema da democratização. Os envolvidos passam a ser chamados

> *a gerenciar por si próprios a drástica redução de seus recursos. Essa democratização da crise e esse 'autogerenciamento da pobreza', vistos em perspectiva, procuram utilizar de forma política a tendência a deslocar as contradições sistêmicas do capitalismo para o interior dos indivíduos. (Kurz, 1999:08)*

Enfim, para Kurz, isso foi tudo o que restou dos velhos sonhos de emancipação social da esquerda.

Estado, Esfera Pública e Democracia

O Estado está estruturalmente vinculado às classes sociais que constituem a sociedade civil. O fato de sobreviver da tributação e do processo de acumulação, vinculados à estrutura de produção, torna-o um Estado capitalista. Isso limita a sua autonomia, mas não torna óbvia a posição 'instrumentalista', de 'pacto de dominação'. Não se pode falar de um 'autonomismo' estatal, do Estado com ator político com estrutura organizativa independente capaz de intervir na vida social, e tampouco do instrumentalismo do marxismo vulgar, em que todas as intervenções estatais visam a reproduzir a dominação capitalista.

Oliveira (1988), ao analisar o Estado de bem-estar, caracterizou-o como uma "condensação de lutas de classe", recorrendo a uma idéia de Poulantzas.[9] Acrescenta, porém, que ele não deixou de ser um Estado classista, ou seja, um instrumento poderoso de dominação de classe, ao mesmo tempo em que está longe de repetir o Estado "comitê executivo da burguesia" (Oliveira, 1988).

A importância da estruturação da esfera pública é destacada por Oliveira (1988:22), pois, "mesmo nos limites do Estado classista, nega à burguesia a propriedade do Estado e sua dominação exclusiva permitindo, dentro dos limites das incertezas previsíveis, avanços sobre terrenos antes santuários sagrados de outras classes ou interesses". A sua estruturação é, assim, "uma negação dos automatismos do mercado e de sua perversa tendência à concentração e à exclusão".

Em países de regulação keynesiana, construiu-se uma esfera pública ao mesmo tempo em que a democracia representativa alcançava a plenitude. Segundo Oliveira (1988:23), nesse processo ocorre uma transformação das relações entre as classes sociais:

> *as classes sociais não são mais relações que buscam a anulação da alteridade, mas somente se perfazem numa per-equação – mediada pelo fundo público – em que a possibilidade da defesa de interesses privados requer desde o início o reconhecimento de que os outros interesses não apenas são legítimos, mas necessários para a reprodução social em escala ampla. A democracia representativa é o espaço institucional no qual, além das classes e grupos diretamente interessados, intervêm outras classes e grupos, constituindo o 'terreno do público', do que está 'acima do privado'. São, pois, condições necessárias e suficientes. Neste sentido, longe da desaparição das classes sociais, tanto a esfera pública como seu corolário, a democracia representativa, afirmam as classes sociais como expressões coletivas e sujeitos da história.*

A existência de uma esfera pública estruturada e a simultânea consolidação da democracia representativa permitem que o Estado classista não aja exclusivamente em favor dos interesses da burguesia. Cria-se um espaço para expressão das classes dominadas na defesa de seus interesses. Dessa maneira, "a esfera pública e a democracia contemporânea afirmam, de forma mais peremptória que em qualquer outra época da história, a existência dos sujeitos políticos e a prevalência de seus interesses sobre a pura lógica do mercado e do capital" (Oliveira, 1988:22).

Borón (1995:193) refere-se à reconstrução do espaço público como um dos pontos fundamentais na perspectiva do socialismo, mostrando que "na América Latina o capitalismo neoliberal produziu uma total destruição dos espaços públicos, transformando-os em espaços privados monopolizados pelos mais ricos". Afirma que o espaço público compreende e excede o Estado e tem um caráter ainda mais estratégico do que este. E questiona:

> *Devemos ceder este âmbito fundamental à classe dominante? Devemos deixar que o mercado fixe os limites e as dimensões do espaço público, o único efetivamente passível de ser governado democraticamente? Para a burguesia o importante é diminuir os espaços públicos o quanto antes e o mais possível: privatizar escolas, hospitais, centros de recreação, a rua, as praças, a praia, a floresta, as ondas radiais e televisivas, os esportes, os lazeres; em uma palavra, fazer com que o mercado devore todas as formas de sociabilidade que só podem existir em espaços públicos vigorosos e estruturados. (Borón, 1995:193-194)*

Democracia e Liberalismo

Borón (1994), analisando a democracia e o liberalismo, considera que estes dois termos não têm de necessariamente caminhar juntos. Nem todo Estado democrático é liberal e nem todo Estado liberal é democrático. A burguesia, para dar suporte ao processo de mercantilização da força de trabalho e dos meios de produção, necessita, em certas situações, de uma superestrutura política que sancione juridicamente e garanta a igualdade dos indivíduos e sua capacidade para alienar seus bens e subscrever contratos. Para tanto, precisa de um Estado capitalista, que seja burguês liberal e não necessariamente democrático. A progressiva democratização do Estado foi resultado da mobilização das classes subalternas.

Esse autor afirma que "as revoluções burguesas não produziram por si mesmas a democracia burguesa, o que elas criaram foi um Estado liberal, sempre fundado em uma base eleitoral sumariamente estreita que as lutas populares obrigaram a ampliar" (Borón, 1994:97).

Leo Kofler, no livro *Contribuición a la Historia de la Sociedad Burguesa* (1971:445-446),[10] afirma que a atual democracia foi estabelecida graças às lutas do proletariado:

> *Porém, o mais belo fruto da secular luta burguesa, a forma democrática de organização e de vida da sociedade atual, de modo algum foi obra da burguesia – em especial ao que se refere a sua consumação prática – mas, antes de tudo, das classes burguesas, da pequena burguesia e do proletariado. Sem nenhuma justiça a burguesia apresenta a democracia como seu patrimônio mais autêntico e os apologistas da ordem capitalista não sabem bem o que fazem quando, frente a cada exigência moderna de continuar progredindo na esfera do social, respondem, com orgulho, por suas instituições democráticas. A existência prática destas se deve, e não em última instância, também ao proletariado, e a ele se tem de agradecer por isto. Se se quer refinar a análise e apreciar os fatos históricos como ocorreram com uma precisão de certo modo extremada, pode-se demonstrar que, na realidade, somente ao proletariado cabe a honra de ter defendido, com toda conseqüência, o ideal democrático... Nenhuma classe, exceto o proletariado, pode, de fato, reivindicar para si a glória cabal de ter estabelecido a democracia atual.*

O nexo entre liberalismo e democracia é desfeito na particularidade da expansão do capitalismo na América Latina. Enquanto nas nações industrializadas a constituição da democracia burguesa foi o resultado da intensificação das contradições internas ao desenvolvimento e consolidação em escala mundial do capitalismo no século XIX, nas regiões atrasadas, como a América Latina, a etapa imperialista do capitalismo mundial diminuiu as possibilidades de uma transformação democrático-burguesa e favoreceu a instalação de regimes ditatoriais e repressivos (Borón, 1994).

Referindo-se à América Latina, Borón aborda a dificuldade de coexistência entre capitalismo e democracia, assim como a importância das classes subalternas como forças sociais que possibilitam democratizar o Estado. O capitalismo só tolera democracias limitadas, e estas podem se ampliar pelas lutas travadas dentro das sociedades pelas classes subalternas. Essas democracias toleradas limitam-se à esfera política, e convivem com a desigualdade econômica e social.

Caio Navarro Toledo (1994:35) afirma que o valor da democracia política na ordem do capital está na abertura de possibilidades "para os trabalhadores e camadas populares melhor se organizarem politicamente e combaterem a hegemonia cultural e ideológica da burguesia", criando condições para a luta "pela construção de uma sociedade sem privilégios e sem discriminações. É nesse sentido, pois, que a institucionalidade democrática deve ser consolidada e permanentemente ampliada".

As Particularidades do Estado, da Esfera Pública e da Democracia no Brasil

Em paralelo ao processo de regulação política da economia nos países do *Welfare State*, aconteceu no Brasil, a partir da segunda metade da década de 50, aprofundando-se no período pós-64, o que Oliveira chamou de economia de regulação "truncada", por ele caracterizada como

> *uma estrutura econômica industrial expressivamente diversificada, tentando seguir as tendências de vanguarda das economias capitalistas centrais; uma modernização agrária fortemente conservadora, mas que inverteu ou modificou as relações campo-cidade ou agricultura-indústria para constituir-se no que está sendo chamado o 'complexo agroindustrial'; uma intervenção estatal que financia a reprodução do capital mas não financia a reprodução da força de trabalho: a presença de multinacionais em setores-chave oligopolísticos. (Oliveira, 1990a:44)*

Assim, enquanto nos países do *Welfare State* o Estado exercia um papel regulador na economia (economia socialmente regulada), no Brasil houve uma regulação truncada, que "é simultaneamente a ausência de regras estáveis e a ausência de direitos, inclusive os dos trabalhadores. É uma regulação permanentemente *ad hoc*: cada caso é um caso" (Oliveira, 1990a:44).

A insuficiência de uma esfera pública e de um poder regulador do Estado sobre os mecanismos do mercado são resultado de um processo em marcha, levado adiante pelo Estado autoritário no Brasil desde 1964.[11] Representam, também, expressões da "utilização do fundo público casuisticamente, sem regras gerais, sem a constituição de alteridades" (Oliveira, 1990a:64).

Oliveira considera dois elementos marcantes para o estudo da função do fundo público no capitalismo oligopolista contemporâneo, com as especificidades do caso brasileiro. De um lado, as empresas estatais, baseadas e alimentadas por recursos do Estado, não são públicas, isto é, seus fundos são estatais, mas a lógica de desempenho, privada. "Esta metamorfose, obra do autoritarismo e marca do 'capitalismo selvagem', é a sutil diferença que separa a utilização dos fundos estatais, em casos como o do Nordeste e o do Brasil, do processo da 'regulação pública', característico do *Welfare State*" (Oliveira, 1990b:68). De outro lado, no setor privado, a propriedade é privada, porém os fundos que as subsidiam, fundos para capitalização, são estatais. Dessa forma, haveria uma privatização do público, mas não há uma publicização do privado (Oliveira, 1990b). Gera-se assim, o 'Estado de mal-estar'.

Na realidade brasileira, tende-se a utilizar, para fins privados, os recursos públicos. O público se privatiza "na direção da substituição dos fundos da acumulação privada pelos estatais, (...) não havendo contrapartida no sentido de corrigir o mercado em termos de salários, distribuição de renda etc." (Oliveira, 1990b:68).[12]

O Estado autoritário é apontado por Oliveira como a determinação superior aos processos particulares que responde pelo todo. A regulação autoritária é uma expressão das relações de força no interior da economia sem alteridade sociopolítica, e, simultaneamente, uma estatização-privatização do público:

> *Ela não se contrapõe ao privado, como pensa o catecismo neoliberal, pedindo 'menos Estado' e 'menos regulação'; ela elimina o público e como decorrência perverte a própria ação estatal, que perde o poder de estabelecer as diferenças entre interesses gerais e particulares. Nisto consiste o que tem sido chamado a 'privatização' do Estado. (Oliveira, 1990b:70)*

No processo de privatização do fundo público "o Estado perde a capacidade de distinguir entre interesses públicos e privados. O Estado é conduzido pela lógica do mercado, ao invés de procurar corrigi-lo" (Oliveira, 1990b:72). Na interação Estado-economia, os fundos públicos no capitalismo oligopolista contemporâneo constituem um pressuposto do processo de acumulação, "atuando como argamassa principal dos capitais" (Oliveira,1990b:78).

O processo de dilapidação do Estado brasileiro iniciou-se no período dos governos militares pós-64 e prosseguiu sem intervalos no mandato 'democrático' de José Sarney. Essa dilapidação propiciou o clima para que a ideologia neoliberal "encontrasse terreno fértil para uma pregação anti-social" (Oliveira, 1995a:25).

Fernando Collor consagrou essa pregação anti-social ao atribuir a culpa da crise econômica ao Estado desperdiçador. Surge daí o 'neoliberalismo à brasileira', no qual a social-democracia não passou de um arremedo (Oliveira, 1995).[13]

Porém, paradoxalmente, na década de 80, chamada de 'década perdida',

> *a sociedade civil no Brasil mostrou uma extraordinária vitalidade (...). Ao contrário do pessimismo de uma teoria política economicista, que associa queda na taxa de crescimento econômico a apatia e estados de anomia, à desorganização social enfim, a sociedade mostrou uma extraordinária capacidade de responder ao ataque neoliberal, organizando-se. (Oliveira, 1995a:25)*

No Brasil vem se restabelecendo, a partir da segunda metade da década de 70, a relação entre Estado e sociedade, com a criação de espaços de interlocução e participação da sociedade na esfera pública, e a possibilidade de revigoramento e restruturação desta última.

A revitalização da relação entre Estado e sociedade vem provocando a democratização incipiente de alguns espaços públicos, antes geridos exclusivamente em função dos interesses das classes dominantes. Abrem-se frestas para negociação das regras no uso dos recursos públicos, na tentativa de neutralizar os autonomismos do mercado e as práticas de corporativismo e clientelismo que sempre imperaram nas relações entre Estado e sociedade.[14]

Ressalta-se, dessa forma, a importância da vitalidade dos canais de interlocução entre Estado e sociedade para que esta última interfira, de alguma forma, nos gastos estatais, na utilização dos recursos públicos, resistindo, ao menos, à tendência, hegemônica e em curso, da sua utilização unilateral para atender a interesses privatistas e clientelistas.

As tentativas da sociedade organizada de interferir no destino dos recursos públicos são, na maioria das vezes, neutralizadas, dissimuladas e fragilizadas pelas classes dominantes. Porém, tem havido, por parte de setores organizados da sociedade, algumas ações de resistência que precisam ser ampliadas.

Oliveira destaca a importância da discussão sobre o orçamento público, que define o destino do dinheiro do Estado, o dinheiro dos impostos arrecadados, afirmando que

> *há uma capacidade, no Brasil, de parte da sociedade, de criar formas de democratização e, portanto, intervir na condução dos negócios do Estado, ameaçando o monopólio que as classes dominantes tinham sobre os recursos estatais. E aí trata-se, na verdade, de disputar o poder político em cada uma das instâncias, através das organizações, em cada nível, e ver diretamente a questão da gestão do gasto público. (Oliveira, 1995b:8)*

O setor saúde tem sido um dos alvos desse processo de utilização do fundo público para a acumulação do capital, na medida em que cerca de 70% dos serviços prestados pelo Estado são produzidos pelo setor privado (Cohn, 1996). Por outro lado, a universalização excludente – processo analisado por Faveret Filho & Oliveira (1989) –, em curso desde o final da década de 80, vem incrementando a expansão do setor privado que presta serviços de saúde.

Capítulo 2

A Mercantilização da Saúde

Na Trajetória da Previdência Social

Durante as primeiras décadas do século XX, a atuação do Estado na área da saúde se deu sob a forma do sanitarismo campanhista, que eram ações de combate a endemias ou de controle de doenças nas áreas de produção, para salvaguardar o modelo econômico agroexportador. Tais ações baseavam-se em uma estrutura militarista e integravam programas verticais.

Com a gradativa mudança do modelo agroexportador de Estado oligárquico para o Estado burguês, após o início do processo de industrialização, surge o proletariado urbano, com novas demandas. A atuação do Estado não mais visava a evitar endemias, mas a recuperar a saúde da classe trabalhadora em ascensão, com o objetivo de manter e restaurar a capacidade produtiva necessária à acumulação de capital. Assim, o sanitarismo campanhista foi substituído por políticas previdencialistas estendidas às categorias de trabalho com maior grau de importância para a produção.

Nos anos 20, a assistência à saúde esteve vinculada à previdência social, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que prestavam serviços médicos a filiados e seus dependentes.

As CAPs eram organizadas por empresas, mediante um contrato obrigatório com os seus trabalhadores, que passavam a ser contribuintes para obterem os serviços por ela prestados: benefícios (pensões e aposentadorias) e assistência médica. As empresas ofereciam esses serviços médicos através da compra de serviços privados, credenciando médicos. Foi aí que se originou a privatização da assistência médica no Brasil, “sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado e sem ônus para os cofres públicos” (Cohn, 1996:14).

A partir dos anos 30, o sistema previdenciário é alterado. Com o processo de industrialização, desenvolve-se o proletariado urbano e, com ele, novas demandas. O Estado passa a assumir a ‘questão social’ como âmbito de intervenção estatal por meio de políticas assistencialistas/previdencialistas.

As CAPs são progressivamente unificadas, entre 1933 a 1938, e se integram aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Esses institutos, de âmbito nacional, congregavam os trabalhadores por categorias profissionais e eram administrados com a participação do Estado, o que os diferenciava das CAPs.

O direito aos benefícios e aos serviços de saúde continuou condicionado à existência de um contrato de trabalho e tinha caráter contributivo. Esses direitos diferenciavam-se por categoria, em relação à qualidade dos serviços e à quantidade de alíquotas de contribuição.

A vinculação entre direito e condição de trabalho contratual caracterizava o que Wanderley Guilherme dos Santos (1987) denominou 'cidadania regulada'. Só era cidadão com direitos reconhecidos quem tinha uma ocupação oficialmente legalizada.

Cohn considera que com a criação dos IAPs houve um retrocesso em relação às CAPs, pois "a contribuição dos empregadores, que era um percentual sobre o faturamento da empresa, passa a ser um percentual sobre a sua folha de salários, com o que a receita dos institutos torna-se em função dos salários" (Cohn, 1996:16). Esse retrocesso só viria a ser corrigido na Constituição de 1988, que estabelece que a contribuição dos empregadores incida sobre o faturamento, o lucro e a folha de salários, recuperando, em certa medida, o modelo das CAPs.

É antiga a drenagem de recursos da previdência para outras áreas. Esse processo iniciou-se a partir do regime de capitalização adotado pelos IAPs. Esse regime foi concebido para suprir a crescente insuficiência da receita dos IAPs, vinculada aos salários. Nele, os recursos dos IAPs eram considerados capital. São exemplos dessa drenagem os empreendimentos na Companhia Hidrelétrica do Vale do São Francisco, na Companhia Siderúrgica Nacional, na Petrobras e na construção de Brasília. O regime de capitalização foi extinto na década de 60.

A previdência social

> converteu-se num mecanismo de captação dos recursos dos trabalhadores – sob a forma de poupança forçada, representada pela alíquota de contribuição – para investimentos sobre os quais estes não tinham qualquer controle, o que demonstra a vulnerabilidade do seguro social de segmentos das classes assalariadas aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes. (Cohn, 1996:17)

Com o golpe de 1964, incrementam-se a racionalização e a centralização do aparelho estatal no trato das políticas sociais, o que leva a uma maior especialização de cada órgão. São criados o Instituto Nacional da Previdên-

cia Social (INPS), em 1966, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974. Com a criação do INPS, unificaram-se os antigos IAPs e excluiu-se por completo a participação do trabalhador na gestão da previdência.

A instituição, em 1977, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas),[15] ao separar em órgãos diferentes a prestação de benefícios da prestação da assistência médica passa a reconhecer "de fato a importância que a assistência médica previdenciária assume, como volume de recursos a ela destinado e como instrumento de barganha e de legitimidade política – até com traços que lembram a época populista" (Cohn, 1996:23). É assim que, ainda segundo Cohn,

> se reafirma o sistema de proteção social brasileiro como um instrumento de poder clientelístico, paternalista e discricionário, envolvendo uma soma enorme de recursos que se esvaem na máquina burocrática, na política de favores, em investimentos eleitoreiros, seguindo, em suma, a tradição política nativa de apropriação privada da coisa pública. (Cohn, 1996:23)

Tal apropriação "não reside somente na modalidade política de manipulação da previdência social, como instrumento político, mas também na destinação de parcela significativa de recursos na compra de serviços privados" (idem, ibidem). Acelera-se o processo de repasse de recursos públicos para a rede privada.

Fleury (1996) caracteriza a intervenção estatal na década de 70 como privatista e excludente, com um modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, na prioridade à contratação do setor privado por meio da assistência médica previdenciária.

Ana Elizabete Mota afirma que, na década de 70, assiste-se, "sob os auspícios do regime militar e do milagre econômico, a uma relativa ampliação das políticas sociais e de seguridade social" (Mota, 1995:139), a exemplo do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), da renda vitalícia para os idosos, da previdência para trabalhadores autônomos e empregados domésticos, entre outros. Porém, a expansão dessas políticas se fez "mediante fragmentação dos meios de consumo coletivo, franqueando ao capital privado a prestação de serviços considerados rentáveis, como foi o caso da saúde, da educação, da habitação e do mercado de seguros" (idem, ibidem).

O processo de ampliação da oferta de serviços na área da saúde e da previdência social ocorreu com a participação do setor privado lucrativo. Isso se deu por meio da consolidação de "um pacto entre as empresas privadas e o Estado, em que é nítido o processo de privatização dos fundos públicos, via renúncia de contribuições sociais, isenção de impostos de renda e liberdade para inserir os custos da assistência na contabilidade empresarial" (Mota, 1995:140).

Foi o padrão de financiamento/utilização de recursos públicos que presidiu a expansão da economia nacional, sob orientação do Estado autoritário, que levou "à exaustão e aos impasses atuais de déficit e dívidas públicas interna e externa, à erosão da carga tributária bruta, à incapacidade de investimento do Estado e à inflação" (Oliveira, 1990b:71).

O setor saúde foi alvo importante desse processo de privatização do fundo público, pois eram repassados à iniciativa privada cerca de 80% da arrecadação da previdência social destinada à assistência médica, e os maiores beneficiados foram os grupos médicos privados, as indústrias nacionais e internacionais de medicamentos e equipamentos. Na década de 70, a rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado (Luz, 1991).

Para fazer frente à realidade caótica da assistência médica e à hegemonia do modelo "médico-assistencial privatista" (Mendes, 1994) implementado, surge, na segunda metade da década de 70, em paralelo aos movimentos de contestação ao regime militar, o Movimento Sanitário, que busca um projeto contra-hegemônico na saúde, com base no fortalecimento da saúde pública e universal. Suas propostas se fortaleceram e ganharam aliados quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986.

Em 1988, em meio a fortes embates de grupos políticos divergentes, é institucionalizada, em parte, a proposta desse movimento para o setor saúde na nova Constituição Federal. Não se assegurou um sistema de saúde exclusivamente público, como defendia o Movimento Sanitário. A iniciativa privada ficou como complementar à rede pública mediante contrato de direito público, abrindo o precedente para o que já vinha acontecendo: a privatização dos recursos públicos por meio da compra de serviços privados.

Na nova Constituição, o setor saúde torna-se parte do tripé que forma o sistema de seguridade social e passa a ser um direito de todos e dever do Estado. Porém, não se definiu legalmente um percentual fixo do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a saúde, ficando este à mercê de condições conjunturais.

Na Trajetória da Seguridade Social

A Constituição de 88 incorporou um novo padrão de proteção social por meio de um sistema de seguridade social definido, no artigo 194, como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social".

Temos legalizado, então, a partir de 1988, um sistema securitário semelhante aos dos países desenvolvidos, com o caráter de direito universal, mas não temos, na realidade, condições objetivas estruturadas para sua implementação.

No Brasil, aconteceu o contrário do que se deu nos países do *Welfare State*: em vez de acesso universal, ocorreu, de fato, a universalização excludente (Faveret, 1989). Pois, à medida que se criaram as condições para a inclusão das camadas populares anteriormente excluídas do sistema previdenciário – trabalhadores do setor informal e os não incorporados na produção –, também se criaram as condições para que os trabalhadores melhor remunerados fossem expulsos de tal sistema, o que os obrigou à compra de serviços no setor privado.[16] Incrementou-se, assim, a mercantilização da saúde e da previdência.

Essa expansão/expulsão do acesso aos serviços sociais se deu de forma coerente com o projeto neoliberal que influenciou a política econômica brasileira no fim da década de 80. Apesar de no Brasil não ter havido reformas sociais típicas do *Welfare State*, o paradigma da crise deste sistema refletiu-se no país, impondo reformas neoliberais, questionando o alto grau de intervenção estatal e exigindo sua diminuição. Reclamação fora de lugar, visto que aqui não se implantou de fato o acesso universal aos serviços sociais, nem uma regulação estatal, característica dos países desenvolvidos.

A universalização excludente foi um processo funcional no modelo de produção dos anos 80, voltado para o mercado externo, que, segundo Mota,

> necessitou transformar a economia informal numa peça-chave para manter tanto o consumo popular (alimentando um mercado interno que não interessa ao grande capital) como a chamada terceirização da força de trabalho das grandes empresas. Nesse caso, os trabalhadores, juridicamente informais e partícipes dos grupos de mais baixa remuneração na escala salarial, passariam a ser sujeitos de uma melhor proteção. (...) Aos trabalhadores mais organizados e empregados na grande empresa, são ofertados serviços próprios das empresas. (Mota, 1995:175)

A seguridade social se configurou, na prática, na perspectiva de uma universalização excludente funcional neste modelo de produção, oferecendo serviços de saúde públicos, gratuitos e de baixa qualidade aos trabalhadores do setor informal e/ou mal remunerados e às camadas à margem do setor produtivo. E excluiu de tais serviços os trabalhadores mais bem remunerados pelo grande capital, obrigando-os a utilizar os serviços privados de saúde e previdência.

O sistema de seguridade social é híbrido: tem na sua origem uma base contributiva individual, de um lado, e, de outro, programas distributivos

assistenciais (Fleury, 1994). Essa base contributiva é a que mantém os serviços privados contratados pelas empresas por meio da retenção de parte do salário pago ao trabalhador. Deslocam-se os salários indiretos

> de uma instância distributiva e pública para a esfera contributiva e privada. Tal deslocamento (...) transforma as exigências dos trabalhadores por bens e serviços necessários à reprodução de sua força de trabalho numa verdadeira estratégia de superexploração dos trabalhadores, já que os programas de benefícios permitem um amplo uso produtivo por parte das empresas, na medida em que conseguem operar uma vinculação entre usufruto dos serviços, disciplina no trabalho e retenção da mão-de-obra em cada uma das empresas ofertantes. (Mota, 1995:178)

Assim, "o capital enfrenta a luta ofensiva dos trabalhadores pela desmercantilização da reprodução da sua força de trabalho, com uma incorporação funcional aos seus interesses" (idem, ibidem).

Na realidade, a empresa constrói um novo modo de socialização dos custos da reprodução da força de trabalho, sob a forma de parcerias entre setor público e iniciativa privada, tão decantadas pelo pensamento neoliberal (Mota, 1995). Além disso, ao contrário da proposta fordista, a oferta de serviços assistenciais (saúde e previdência) pelas empresas não tem feito aumentar o consumo dos trabalhadores: tem acontecido "uma prática de baixos salários, compensada pela criação de serviços sociais que, na realidade, são bancados pelos próprios trabalhadores e com recursos que, a rigor, deveriam ser repassados ao Estado por intermédio dos impostos" (idem, ibidem).

A privatização da seguridade social foi imposta pelos que defendem a expansão do capital e, de certa forma, demandada e negociada pelos trabalhadores, à medida que a exigência por serviços privados passa a integrar suas pautas de reivindicações. Organizações como sindicatos, associações profissionais e funcionais, que articulam interesses, foram atravessadas pela tensão entre uma agenda publicista e negociações com empresas de serviços privados de saúde.

As convenções de quatro sindicatos em São Paulo na década de 80 fazem referência a convênios médicos, sem mencionar as pautas de política de saúde que considerassem as necessidades da população estruturalmente excluídas do processo produtivo. Já no final da década de 80, a demanda por serviços supletivos de saúde é componente implícito das negociações entre capital e trabalho (Costa, 1996).

A demanda por assistência médica diferenciada da oferta da previdência social e do SUS torna-se "item da agenda de negociação coletiva por força do

grande anseio por serviços sociais advindos das bases sindicais" (Costa, 1996:348). Vale ressaltar que tal demanda não é produzida espontaneamente, mas formada com base em um conjunto de contradições, o que permite que o capital também se beneficie dessa estratégia sindical (Mota, 1995).

Essas negociações por formas de seguro e serviços próprios das empresas, por parte das representações dos trabalhadores, fragilizam o modelo assistencial publicizado e universal proposto pela seguridade social e fortalecem as diferenciações no acesso aos serviços sociais estabelecidas conforme o tipo de inserção formal no mercado de trabalho. Reproduz-se, assim, o mecanismo de acesso diferenciado pelo poder de barganha característico do período corporativo.

O sistema de seguridade social apresenta ambigüidades que vão da tensão entre universalização e exclusão à tensão entre o caráter público e o privado. Legalmente, criou-se um padrão de proteção social universal e público, e na prática construiu-se um padrão de proteção social que exclui parcela da classe trabalhadora – que vem recorrendo, em larga escala, ao setor privado. Essas ambigüidades são resultado da tentativa de implantação de um "modelo de reforma universal/publicista em um contexto de democracia elitista e de uma política econômica altamente cerceada pelos compromissos internacionais e pela posição neoliberal de desestatização em favor do mercado privado" (Fleury, 1994:229).

Assim, esse modelo acaba sendo progressivamente superado "pela realidade de um modelo de política socialmente segmentado, apesar de inclusivo" (Fleury, 1994:229). Seria, ainda segundo Fleury, a falência "de uma Seguridade inconclusa e sua substituição por um padrão de inclusão segmentada": não se cria igualdade por lei em uma sociedade em que a desigualdade social é exorbitante. A orientação de inspiração neoliberal imposta pela nova configuração geopolítica mundial se constitui uma barreira para que a seguridade social brasileira atinja um padrão universal e público.

Colocam-se em disputa duas propostas para a seguridade social no Brasil.[17] Uma preserva o que foi conquistado na Constituição de 88, ou seja, uma seguridade social pública e universal, defendida pelos trabalhadores, por intermédio da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e pelos movimentos populares. A outra proposta representa um retrocesso em relação aos direitos adquiridos,[18] pois deixa ao mercado a regulação do acesso aos serviços da previdência e da saúde, cabendo ao Estado apenas a responsabilidade pela assistência social aos trabalhadores de baixa renda e aos excluídos do processo de produção. Esta última proposta é defendida pelo grande capital industrial e financeiro, por meio da Federação das Indústrias

do Estado de São Paulo (Fiesp), da Federação Brasileira de Associações de Bancos (Febraban) e do Instituto Liberal do Rio de Janeiro; pelos organismos financeiros internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); e pelos trabalhadores vinculados à Força Sindical.

A proposta do empresariado é acabar com a seguridade social nos termos da Constituição de 88 – um setor público de natureza contributiva e distributiva, conforme os princípios da universalidade, uniformidade, distributividade e eqüidade e, no que se refere à gestão, de caráter democrático e descentralizado. As propostas das agências internacionais preservam o conceito de seguridade estabelecido pela Constituição de 88, mas mantêm a defesa da privatização, transformando-o em serviço assistencial. Trata-se de uma postura vinculada às deliberações do Consenso de Washington,[19] em consonância com uma política geral de ajustes macroeconômicos. E a Força Sindical defende um projeto compatível com o do grande capital.

Do lado dos trabalhadores, a CUT tem resistido às propostas de reformas constitucionais apresentadas pelo grande capital e pelas agências internacionais. Para Mota (1995), a luta da CUT tem conseguido apenas criar um espírito de resistência entre os trabalhadores, insuficiente para uma ação mais ofensiva em torno de um projeto próprio para a seguridade social. Segundo a autora, o movimento organizado dos trabalhadores "necessita identificar os objetivos reais e pós-modernos do grande capital nacional e internacional para com a Seguridade Social brasileira" (Mota,1995:229-230), dado que, com a implementação das referidas reformas, os trabalhadores passarão a ser os novos financiadores do capital.

Diante do estágio atual da crise, os empresários e banqueiros brasileiros, para obter recursos imprescindíveis ao restabelecimento do processo de acumulação, pretendem que o trabalho financie o capital. E, para tanto,

> a fragmentação da previdência – previdência básica e complementar – é uma forma de apropriação de parte do salário dos trabalhadores assalariados que, a título de contribuição à previdência complementar, passam a constituir uma fonte de recursos para o grande capital. (Mota, 1995:230)

A mesma autora afirma que tal estratégia "sitia as lutas *anticapitalistas* dos trabalhadores brasileiros, desenvolvidas ao longo dos anos 80 e objetivadas no consumo não-mercantil de bens e serviços sociais públicos" (Mota, 1995:230), e que o que a burguesia deseja é uma remercantilização da força de trabalho. Para ela,

> o movimento organizado dos trabalhadores necessita, neste momento, resistir à fragmentação dos trabalhadores – assalariados da grande empresa, desempregados e pobres – e ter projetos diferenciados daqueles da burguesia, qualificando as suas demandas como exigências de classe e construindo, assim, a sua 'civiltá'. (Mota, 1995:230)

No eixo das propostas de reformas constitucionais no sistema de proteção social feitas pelos representantes do grande capital, está a remercantilização dos bens e serviços sociais públicos. Nos países do *Welfare State*, a proteção social se desmercantilizou à medida que os benefícios sociais deixaram de depender do mercado, concretizando-se na esfera pública. No Brasil, neste campo, houve apenas uma luta anticapitalista por parte dos trabalhadores nos anos 80, em favor da desmercantilização da proteção social, fundamentada na concepção universalista dos direitos sociais.

O Ideário Neoliberal na Saúde

O cenário da mercantilização da saúde brasileira nos remete à configuração do panorama econômico e político mundial dos anos 90, que tem suas raízes na crise do regime de acumulação fordista-keynesiano[20] ou do *Welfare State* dos anos 70, crise que desencadeou um processo de reestruturação capitalista, implicando transformações no processo produtivo e na regulação socioestatal.

O enfrentamento da nova crise cíclica do capital se deu, então, por meio da implementação da reestruturação produtiva com acumulação flexível, "automação, terceirização, associações supranacionais entre capitais, organização informacional" (Abreu, 1997:58), em paralelo à reedição do *laissez-faire* em um contexto de globalização.

Miglioli (1998:44) resume a política econômica proposta pelos neoliberais em três pontos:

> redução do tamanho do Estado na economia (isto é, diminuição dos gastos públicos e da tributação e privatização das empresas públicas), desregulação das atividades econômicas (isto é, liberdade de ação para as forças do mercado), livre fluxo de mercadorias e capitais entre os países.

A progressiva transformação do capital em capital financeiro propiciou sua maior concentração e uma crescente unificação da burguesia nacional e internacional. Miglioli explica o atual domínio do liberalismo por essa união da burguesia e pelo seu poder, não só econômico, mas também sobre os aparelhos do Estado. Por meio destes, ou diretamente, tais grupos têm controlado os organismos internacionais, como, por exemplo,

> a Organização das Nações Unidas – que, como o nome indica, deveria ser uma entidade plurinacional, (...) foi convertida numa agência diplomática dos Estados Unidos e seus aliados mais próximos, enquanto o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio (sucessora do Gatt) põem em prática as diretrizes econômicas da burguesia (e desde o início já haviam adotado o liberalismo, antes que este se convertesse em doutrina dominante). (Miglioli, 1998:46)

Nesse contexto, tem se observado, do lado dos trabalhadores, uma política de acordos para manutenção de empregos e um refluxo dos movimentos sindicais diante do desemprego, que já é estrutural, e, do lado da burguesia, uma ofensiva para reduzir direitos sociais conquistados, principalmente nas áreas da saúde e da previdência.

A política econômica neoliberal tem imposto uma revisão na estrutura e na organização dos sistemas sanitários, propondo reformas tanto nos países desenvolvidos como nos periféricos. Aos organismos internacionais cabe a função "de difundir e incentivar mecanismos de contenção e reforma, numa linha econômica clássica e em sintonia com as pautas neoliberais" (Almeida, 1997:195).

Segundo Célia Almeida, os objetivos fundamentais dessas reformas sanitárias têm sido:

> - descentralizar para o nível local ou para o setor privado as organizações da sociedade e privilegiar a atenção primária, numa perspectiva de diminuir o gasto hospitalar;
> - aumentar a eficiência, entendida sempre como manutenção dos limites de caixa, definidos pelas variáveis macroeconômicas;
> - reforçar a regulação, isto é, manter sob estrito controle os orçamentos setoriais e a força de trabalho, com deslocamento e enfraquecimento das organizações associativas e sindicais; e
> - assegurar a contenção dos custos dos serviços prestados.
>
> (Almeida, 1997:190)

Ainda segundo a autora, "paradoxalmente, é apregoada a livre escolha do consumidor e a busca de uma melhor relação eqüidade/eficiência/integralidade/qualidade" (Almeida, 1997:190).

É importante ressaltar que essas reformas sanitárias[21] não têm sido feitas da mesma forma em todos os países. Para Almeida, a especificidade do setor saúde talvez impeça a sua "diluição sumária no paradigma neoliberal, pois o processo político que permeia a implementação de cada reforma é que dará a tônica da dinâmica de transição nos sistemas de saúde em cada sociedade específica" (Almeida, 1997:197).

No Brasil assistimos, no final dos anos de 80 e início da década de 90, à incorporação legal de um sistema de saúde baseado no modelo de reforma sanitária proposto pelo Movimento Sanitário – que se inspirou no modelo italiano, com princípios de universalidade, eqüidade, integralidade, descentralização e participação social. E, em paralelo a este modelo, tem se colocado em prática o propugnado pela proposta de reforma do Estado que, por sua vez, cumpre as exigências impostas pelos organismos internacionais.

Assim, as propostas do Governo Federal para a saúde podem ser resumidas em três: descentralizar as ações, transferindo-as para o nível local via municipalização da saúde; diminuir a responsabilidade do Estado, com a criação de 'organizações sociais'[22] que facilitem a participação do setor privado na prestação de serviços de saúde; e privilegiar a atenção primária por meio da implementação da Norma Operacional Básica do SUS/96, que privilegia repasse de recursos para os programas de Agentes Comunitários e da Saúde da Família.

A remercantilização da saúde se insere na agenda de reforma sanitária do Banco Mundial, proposta no relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: Investindo em Saúde. Essa agenda está articulada com as reformas macroeconômicas, com vistas à estabilidade e ao equilíbrio monetário, propostas pelo Banco Mundial. O relatório apresenta objetivos a incluir na agenda dos países por ele subsidiados, agrupados em três pontos: "1. criar um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de saúde; 2. tornar mais criterioso o investimento público em saúde; e 3. facilitar a participação do setor privado". Recomenda aos países de renda média, como o Brasil, que se concentrem em quatro ações básicas de reforma de políticas: eliminar gradualmente os subsídios públicos aos grupos mais abastados; ampliar a cobertura do seguro de saúde; dar opção de seguro aos consumidores; e estimular métodos de pagamentos que permitam controlar os custos (Lima, 1996).

Segundo Lima (1996), a agenda do Banco Mundial para a saúde se inscreve na ofensiva de recuperação dos serviços sociais para as empresas privadas, ou seja, propõe a remercantilização de tais serviços, que constitui um dos móveis da crítica que atualmente se faz ao Estado de bem-estar social em todo o mundo. Essa remercantilização preconiza a anulação dos direitos sociais e das formas de garanti-los.

No Brasil, com a emergência do setor privado como hegemônico, há no setor saúde algumas transformações em marcha, cuja lógica ordenadora passa a ser a mercantil. Nesse contexto, as instituições públicas cumprem o papel de atender à população pobre e com alto risco de adoecer, ao passo que o papel central no sistema de saúde é ocupado pelas empresas médicas ou agências seguradoras – representantes do grande capital.

Laurell (1996) destaca que todas as medidas de privatização se combinam com a permanência das instituições públicas de saúde, porque a privatização só acontece nas atividades rentáveis de saúde, ficando o restante a cargo do setor público. Ao se transferirem, sistematicamente, recursos para o sistema privado, articulam-se mecanismos de auto-reprodução da miséria pública e da abundância privada.

Cristina Possas refuta o argumento do Banco Mundial de que a privatização dos serviços de saúde exige menores gastos públicos, pois o setor público se dedicaria a atender apenas aos grupos mais pobres. Afirma que, pelo contrário, o aumento da privatização exige maiores gastos públicos, pois os prestadores de serviços privados são altamente subsidiados pelo governo, sem que ofereçam a contrapartida de maior eficiência ou melhor qualidade dos serviços. E diz ainda que, como o setor privado depende das "transferências diretas e indiretas de recursos públicos para sobreviverem num mercado restrito e altamente concentrado, as políticas de privatização tendem a requerer mais e não menos gastos públicos" (Possas, 1996:56).

O Estado tem repassado recursos públicos diretamente para a rede privada por meio da compra de serviços da rede conveniada ou contratada e, mais recentemente, por meio de parcerias com as 'organizações sociais'. Estas são entidades de direito privado, de caráter público não estatal. Foram instituídas como mais um mecanismo que permite ao Estado transferir, para a rede privada, sua responsabilidade na área social delegando a estas organizações a gestão de bens e serviços públicos.

O setor privado tem sido beneficiado pelo Estado também quando os segurados da rede privada usam os serviços da rede pública em situação de emergência ou para tratamento de alto custo, pois a maioria dos seguros não os cobre,[23] e quando o Estado cria uma lei de regulamentação dos planos de saúde com base em um modelo de gerenciamento já existente, "regrado pelas lógicas financeiras e administrativas e não pela eficácia da ação média diante do real" (Merhy & Bueno, 1998:14).

A realidade de mercantilização dos serviços de saúde é um processo em curso em toda a América Latina. Em março de 1995, estudiosos pertencentes à Associação Latinoamericana de Medicina Social (Alames) discutiram a articulação Público/Privado dos Sistemas de Saúde da América Latina no II Seminário Latinoamericano de Política Sanitária, realizado no México, DF, de 22 a 24 de março de 1993, promovido pela Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Na ocasião, foram apresentados ensaios que expressam o avanço coletivo de um grupo de trabalho da Associação Latinoamericana de Medicina Social. Observaram que, a partir da década

de 80, a participação do setor privado nos sistemas nacionais de saúde dos países da América Latina tem crescido significativamente. Concluíram que essa evolução privatizante é resultante da implementação do modelo neoliberal. Os ensaios apresentados nesse seminário foram publicados pela Fiocruz em 1996, no livro *Política de Saúde: o público e o privado*, organizado por Catalina Eibenschutz. Os participantes chegaram a algumas conclusões/constatações sobre essa realidade e apresentaram algumas propostas.

Entre as 19 conclusões/constatações do seminário, destacamos as seis de maior relevância para este estudo:

- Concluiu-se que os diferentes modelos de privatização têm, como denominador comum, a transformação de um direito do cidadão em mercadoria.
- Constatou-se o crescimento dos seguros privados de saúde, estreitamente relacionados à concentração de capital financeiro em quase todos os países participantes.
- Constatou-se que o setor privado depende muito do setor público e que há uma transferência do que se gasta no setor público para o privado.
- Demonstrou-se, em todos os casos presentes, a existência de um setor privado forte e em crescimento, que tenta constituir-se pólo hegemônico da transformação dos sistemas de saúde.
- Analisou-se o avanço da privatização nos países e assinalou-se que ela é derivada de uma dupla necessidade: a) favorecer as políticas de ajuste e b) dar impulso à mercantilização dos setores rentáveis dos serviços de atenção à saúde.
- Assinalou-se que a privatização do que é público é, essencialmente, um processo financeiro, ligado à mudança do modelo de acumulação e modernização econômica, impulsionado pelo neoliberalismo.

Entre as seis propostas apresentadas, destacamos as duas seguintes:

- Retomar o controle social do setor público estatal, do setor público não estatal e do privado, direcionando-o à solidariedade e à universalidade.
- Promover uma cidadania completa que garanta o controle social, lutar contra a contenção salarial dos trabalhadores da saúde, porque favorece a privatização, e estimular a mobilização social pela saúde. (Ebenschutz,1996:16-17)[24]

Essas conclusões e propostas de um grupo de pensadores da América Latina reafirmam a existência de um processo de mercantilização da saúde e a necessidade de desmercantilizá-la. Como estratégias, propõem-se controle social sobre o setor saúde público, o privado contratado e o puramente privado, e o estímulo à mobilização social pela saúde pública. Tais estratégias envolvem novos atores sociais – as organizações populares e as dos trabalhadores da saúde – que têm, hoje, no Brasil, um espaço de participação

institucionalizado no SUS: as conferências e os conselhos de saúde. Estes últimos, com poder deliberativo sobre a alocação dos recursos públicos da saúde, podem tornar-se um espaço para a luta pela ampliação da aplicação dos recursos na rede pública, ou seja, nos bens de serviços coletivos de saúde sem a busca do lucro.

Costa (1996), analisando a política de saúde a partir do final da década de 80, observa que estabeleceu-se um paradoxo entre as posições dos representantes dos trabalhadores nos conselhos de saúde e nas mesas de negociações sindicais. Enquanto nos conselhos de saúde esses representantes defendiam teses de caráter público e universalistas, as negociações dos representantes em suas bases fortaleceram os grupos de maior poder de barganha, os seguros e a rede privada de forma geral, reforçando a segmentação do acesso aos serviços.

O movimento de abertura de espaços institucionais de participação na política de saúde foi reflexo do processo de democratização do país na década de 80 e se deu concomitantemente ao processo de universalização excludente e à implementação do modelo de assistência médica privatista[25] e de redução de recursos para as políticas sociais, e em especial para a política de saúde.

Após as eleições diretas para presidente, em 1989, restabelece-se o Estado democrático com características neoliberais e traços conservadores, autoritários e patrimonialistas. O novo governo adota, então, uma política econômica de livre iniciativa de mercado, de estímulo à privatização e extinção das estatais e de livre negociação dos salários. A política de ajuste econômico aumenta a crise e os índices de miserabilidade da população.

Seguindo o ideário liberal, a estratégia adotada para a estabilização econômica foi o corte nos gastos públicos, principalmente nos gastos sociais, reduzindo-os 3,9% em 1990, e 12,4% em 1991 (Médici, 1994). Entre 1989 e 1992, a queda acumulada foi de 17% (Piola, 1995).

As áreas mais atingidas com o corte de gastos foram a educação, a previdência e a saúde, cujos textos ganharam, paradoxalmente, na nova Constituição, um conteúdo universalista. Na saúde, os recursos anuais sofreram sucessivas reduções: 16,5% (1990), 17,08% (1991) e 16,3% (1992), o que perfaz uma redução acumulada de 42% em apenas três anos (1989/92) (Piola, 1995:15).

O Orçamento da Saúde Pós-88

O sistema público de saúde brasileiro é formado por serviços estatais prestados pelas esferas de governo federal, estadual e municipal e por serviços privados conveniados ou contratados pelo Estado.

Na Constituição de 88, definiu-se que o serviço privado seria assegurado como complementar ao SUS quando os seus serviços fossem insuficientes, ou seja, quando houvesse um esgotamento da capacidade instalada na rede pública, prevalecendo o interesse público sobre o privado nas seguintes condições, previstas na Lei 8.080/90:

· a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio sob as normas do direito público;
· os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde;
· os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS.

O caráter complementar do setor privado em relação à rede pública não prejudicou em nenhum sentido os interesses privados em jogo na política de saúde: atualmente, cerca de 70% dos serviços de saúde prestados pelo Estado são produzidos pelo setor privado.[26] Este último fica responsável pela assistência médica individual (consultas e procedimentos médicos de maior complexidade tecnológica e mais caros), rentáveis e lucrativos, e o setor público, pelas ações de saúde coletiva (vacinação em massa, controle de moléstias transmissíveis etc.).

A transferência direta de recursos públicos para o setor privado é o processo, já referido anteriormente, de privatização do setor público, que na prática o mercantiliza, capitalizando o setor privado por meio de convênios e credenciamentos. Com o apoio do Governo Federal, esse setor se beneficia, ainda, da garantia do mercado e da falta de controle no que se refere à qualidade dos serviços e às prestações de contas (Cohn, 1996).

O setor público não consegue manter sob controle o setor privado contratado, o que resulta em fraudes e em prestação de serviços de má qualidade, prejudicando os usuários. São exemplares os casos ocorridos em 1996, do tratamento de hemodiálise em Caruaru, em Pernambuco, e da Clínica de Idosos Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, em que houve grande número de mortes.

Os recursos para o financiamento do SUS estão constitucionalmente vinculados ao OSS.[27] Este, por sua vez, compõe o Orçamento da União junto com o Orçamento Fiscal e o Orçamento de Investimentos. O Orçamento Fiscal é formado pelos impostos diretos recolhidos sobre a renda e patrimônio dos indivíduos e empresas, bem como pelos impostos indiretos recolhidos sobre a produção e circulação de mercadorias e serviços. Está consignado pelas receitas e despesas de todos os poderes da União. O Orçamento de Investimentos das empresas estatais destina-se às obras públicas.

O Orçamento da União expressa a sua maneira de organizar as receitas e despesas, cujo detalhamento está previsto pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Cabe ao poder Executivo elaborar o projeto de lei orçamentária anual orientado pela LDO e apresentá-lo ao Legislativo para a devida apreciação, podendo este acrescentar emendas, vetar itens, até a sua total aprovação. O projeto deve ser enviado pelo presidente da República ao Congresso Nacional até quatro meses antes do exercício financeiro seguinte.

Essa forma de elaboração do orçamento brasileiro foi uma das novidades introduzidas pela Constituição de 88. Ela torna o processo orçamentário mais transparente, na medida em que devolve ao Legislativo a possibilidade de emendar o projeto de lei do Orçamento e, assim, controlar mais o Executivo.

Foi com a Constituição de 88 que o Orçamento deixou de ser um mero instrumento técnico-contábil a serviço do poder executivo, para tornar-se um mecanismo descentralizado de planejamento, aberto a uma maior participação social, pela via da representação parlamentar ou de mecanismos constitucionais de participação direta (Lopes, 1996).

Em seu livro *Orçamento Público*, de 1994, James Giacomoni avalia que a Constituição de 88 devolveu o equilíbrio de forças entre os três poderes, quando permitiu ao Legislativo intervir no orçamento da União,[28] pois o Congresso vinha reduzindo sua ação na iniciativa legislativa desde 1946, fato que se agravou em 1968, no período da ditadura militar, quando o Legislativo transformou-se em ratificador das decisões do Executivo.

Segundo Giacomoni, a divisão de funções entre os poderes concebida pela democracia liberal representativa não se tem mantido diante do crescimento do Estado moderno:

> Os Executivos, mais ágeis e organizados e com maior 'poder' no sentido operacional, levam vantagem em relação aos Legislativos, tradicionalmente estruturados, pouco ágeis e tecnicamente deficientes (...) O Legislativo moderno já não tem na feitura de leis sua principal atribuição. Seu novo e importante encargo passa a ser o *controle* das atividades do Executivo. (Giacomoni, 1994:209) (grifo do autor)

O OSS, que faz parte do tripé do Orçamento da União, é também detalhado na LDO aprovada anualmente pelo Legislativo no Congresso Nacional. O percentual a ser repassado para a saúde é determinado nessa lei, que reflete a correlação de forças no governo na disputa por recursos.

A Constituição de 88, ao trazer a novidade do sistema de proteção social na seguridade social, modificou também a estrutura de financiamento das políticas sociais. Além das contribuições sociais de empregados e em-

pregadores sobre a folha de salários, o OSS criou uma nova Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL), e ainda inseriu na sua base de financiamento a Contribuição sobre Concurso Prognóstico.

Em 1992 o Fundo de Investimento Social (Finsocial) foi transformado em Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins),[29] que, depois do aumento de sua alíquota de 0,5% para 2% – determinado, depois de superada a controvérsia jurídica sobre sua constitucionalidade, em função de sua finalidade de financiar a seguridade social, incluindo a universalização do direito à saúde –, passou a ser uma das fontes principais de financiamento da seguridade social e da saúde. Tanto a CSLL quanto a Cofins são os recursos tributários e fiscais mais significativos na composição do OSS.

Englobam tal orçamento os recursos do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep), que já existiam desde os anos 70. Estes recursos, porém, continuaram vinculados ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Também compõem o OSS recursos do Tesouro da União, que, a partir de 1993, participou com aportes financeiros mais regulares, apesar de insuficientes, para a área da saúde, diante das restrições[30] das transferências por parte do Ministério da Previdência. Outras estratégias, como a ampliação da participação de outras contribuições sociais sobre o faturamento das empresas (Cofins) e sobre o lucro das empresas (CSLL), e de recursos ordinários do Tesouro (receita de impostos) no financiamento da saúde, foram adotadas para suprir a parte dos recursos gerados pela Contribuição de Empregados e Empregadores que deveria ser repassada para o setor. Mesmo adotando essas estratégias para ampliar e suprir a sua base de financiamento, o Ministério da Saúde (MS) teve de recorrer a empréstimo ao FAT, aumentando o seu endividamento para pagar despesas correntes.

Em 1993, as contribuições sociais arrecadadas pelo Governo Federal atingiram o equivalente a 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB). Apenas as que incidem sobre folhas de salário corresponderam a 6,9% do PIB. A principal contribuição social é a de empregados e empregadores, recolhida pelo INSS (5,2% do PIB). A segunda em relação ao volume de recursos é a Cofins.

No mesmo ano, a taxação sobre o faturamento das empresas proporcionou uma receita equivalente a 1,3% do PIB. As contribuições sociais responderam por 67% do total da receita tributária disponível (Piola, 1995).

Para a seguridade social, a contribuição social que teve maior participação em 1993 foi a de empregadores e trabalhadores, responsável por 40,44% das despesas. A Cofins teve uma participação de 8,44% e a Contri-

buição sobre o Lucro Líquido das Pessoas Jurídicas participou com 5,92% do dispêndio total (Piola, 1995).

Destaca-se que esses recursos das contribuições para a seguridade social só podem ser usados em despesas das áreas políticas que integram a seguridade (saúde, previdência e assistência). Elias Jorge (1994) informa que o dinheiro de impostos pode completar o financiamento da seguridade social, mas o dinheiro a ela destinado não pode ser usado para outro fim. Porém, como aponta o relatório final da oficina de trabalho O Financiamento do SUS,[31] entre os reais obstáculos à implementação do SUS está a retenção no Tesouro Nacional de recursos que provêm de fontes próprias do OSS, tais como os Encargos Previdenciários da União (EPU) e, mais recentemente, a expropriação de recursos do OSS para composição do Fundo Social de Emergência (FSE), ou para sua nova versão, o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF).[32]

O que tem acontecido é o contrário do que se propôs: em vez de os recursos de origem fiscal e tributária complementarem as despesas da seguridade social, as receitas da seguridade social têm financiado despesas fiscais.

O FEF foi criado no interior dos programas ortodoxos de estabilização. Seu objetivo é desviar recursos vinculados majoritariamente às áreas sociais (oriundos de contribuições sociais) para outros setores, principalmente os destinados à amortização da dívida interna. O que a equipe econômica buscava com a sua criação era uma flexibilidade na alocação de recursos, e a área mais afetada pela redução do sistema de vinculação foi a seguridade social (Médici, 1995).

O que está em jogo é a vinculação/desvinculação de recursos para as áreas sociais. Enquanto os gestores da política econômica repudiam a vinculação de recursos, tentando burlá-la por meio da criação de fundos para proporcionar a flexibilização de seu uso, os gestores da área social procuram manter a vinculação e ampliá-la. Para os gestores da política econômica, a vinculação pode prejudicar as políticas de estabilização e o crescimento econômico. Para os gestores da área social, a vinculação é a única forma de garantir recursos para desenvolver as políticas sociais, jamais alcançadas dentro do princípio da flexibilidade orçamentária.

Analisando-se os dados da Tabela 1, conclui-se que 25% das receitas do OSS de 1995 (R$ 16,6 bilhões) foram alocados em programas fora dos ministérios tradicionalmente ligados à seguridade. Destaca-se que mais de um terço dos recursos do FSE também não foi alocado nos ministérios sociais (Médici, 1995).

Tabela 1 – Orçamento da Seguridade Social (OSS) – 1995 (em US$ bilhões)

Fontes	Ministério da Previdência Social	Ministério do Bem-Estar Social	Ministério da Saúde	Ministério da Educação	Outros ministérios/ atividades	TOTAL
Folha salarial	23,6	–	–	–	–	23,6
FSE	5,9	0,1	1,6	2,0	5,1	14,7
Cofins	3,0	0,3	7,5	0,0	0,7	11,5
PIS/Pasep	–	–	–	–	5,7	5,7
CSLLE	–	–	2,4	–	1,2	3,6
Outras	1,2	0,1	2,4	0,7	3,9	8,3
TOTAL 1	33,7	0,5	13,9	2,7	16,6	67,4
Não OSS	–	0,0	0,0	5,4	244,2	249,6
TOTAL 2	33,7	0,5	13,9	8,1	260,7	317,0

Fonte: Médici (1995).

A garantia legal para o repasse de um teto de 30% do OSS para o setor saúde é constantemente descumprida. Elias Jorge (1996) mostra que a Constituição Federal de 1988 previa, no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT-CF/88), que no mínimo 30% do OSS seriam destinados ao setor saúde e que as LDOs para 1990, 1991, 1992 e 1993 reproduziram o disposto no referido artigo, mas que nada disso foi cumprido. Mesmo com a formalização de tais dispositivos legais pela administração do Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, estes sofreram veto presidencial na LDO para 1994 e 1995.

A proposta dos 30% do OSS para a saúde também estava na Lei do Plano Plurianual (PPA), em vigor até 31/12/95, que estabelecia ainda que 25% (a quarta parte) da Receita sobre a Folha de Salários (Fonte 154 – arrecadada pelo INSS) seriam destinados à saúde. Mesmo porque a justificativa para a elevação da contribuição dos empregados de 6% para 8% foi a necessidade de recursos que assegurassem a assistência médica. Também esta lei não foi cumprida.

A falta de definição ou de cumprimento das determinações para o repasse regular num patamar de 30% do OSS para a saúde[33] e a falta do aporte de recursos do Tesouro da União suficientes para suprir tal déficit

levaram o Ministério da Saúde a recorrer a empréstimos que comprometeram significativamente o montante de gastos com a saúde, devido à necessidade de utilizar grande parte dos recursos destinados ao setor para amortecer tais dívidas. O Ministério da Saúde lançou mão de empréstimos do FAT e o valor para a amortização dessa dívida representava 0,42% do gasto do orçamento da saúde em 1994; em 1995, representou 9,2%.[34] Tal porcentagem foi maior do que o gasto do ministério com qualquer programa, o que demonstra que priorizou-se o pagamento da dívida.

O pagamento dessas dívidas contraídas foi prejudicando os orçamentos subseqüentes. O aparente aumento de gastos com saúde, de R$ 11.330 bilhões em 1994 para R$ 16.222 bilhões em 1995, corresponde, praticamente, ao custeio de dívidas do exercício anterior. O orçamento previsto para 1996, de R$ 20 bilhões, incluía R$ 6 bilhões da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que não entraram no ano anterior, e também R$ 1,5 bilhão para pagar dívidas de 1995. A CPMF foi inicialmente no valor de 0,20%, aprovada pelo Senado, após movimento nacional liderado pelo ministro Adib Jatene, cujo argumento de maior apelo era a necessidade de salvar o SUS. Essa proposta emergencial e de caráter provisório não resolveu o problema do financiamento do SUS, apenas criou mais um tributo para a sociedade. Uma proposta do governo tramitou no Congresso em março de 1999, sugerindo a prorrogação da vigência da CPMF, o aumento de sua alíquota de 0,20% para 0,38% e que sua receita não financiasse apenas a saúde. Essa proposta já foi aprovada. Ela é mais uma medida exigida pelo Fundo Monetário Internacional para o ajuste fiscal. O Governo espera arrecadar 15,6 bilhões para ajudar no combate ao déficit público.

O aparente aumento com os gastos públicos na área da saúde não passa de artifício contábil, pois a amortização da dívida consome grande parte do orçamento. Vale ressaltar que estava previsto na Lei Orçamentária Anual para 1995 que a dívida do Ministério da Saúde para com o FAT seria paga com Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional.

Para 1997, foram previstos R$ 20.233,6 bilhões para o orçamento do Ministério da Saúde, distribuídos conforme a tabela a seguir.

Tabela 2 – Orçamento do Ministério da Saúde. Especificação global – 1997

Especificação	R$ bilhões	%
Pessoal e encargos	4.555,9	22,5
Juros, encargos e amortização da dívida	1.926,5	9,5
Despesas correntes	12.533,8	62,0
Assistência ambulatorial e hospitalar	9.447,0	
Outros	3.086,8	
Investimentos	1.212,9	6,0
Inversões financeiras	4,5	0,0
TOTAL	20.233,6	100,0

Fonte: Brasil, 1997.

Ressalta-se o uso de R$ 1.926,5 bilhões para pagamentos de juros, encargos e amortização da dívida correspondentes a 9,5% dos gastos previstos. Observa-se ainda que para as ações de promoção e prevenção da saúde, a previsão de gastos foi de apenas R$ 3.086,8 bilhões, que correspondem a cerca de 15% do total, evidenciando um modelo assistencial curativo.

Observa-se, na Tabela 3, que, para o FNS, previu-se a destinação de R$ 16.427,9 bilhões e que os demais recursos foram alocados entre outros setores da saúde, o que demonstra a falta de unicidade do SUS.

Tabela 3 – Orçamento do Ministério da Saúde. Especificação por órgão – 1997

Especificação	R$ bilhões
Fundo Nacional de Saúde	16.427,9
Fundação Nacional de Saúde	2.728,6
Ceme	628,5
Fiocruz	420,9
Inan	27,7
TOTAL	20.233,6

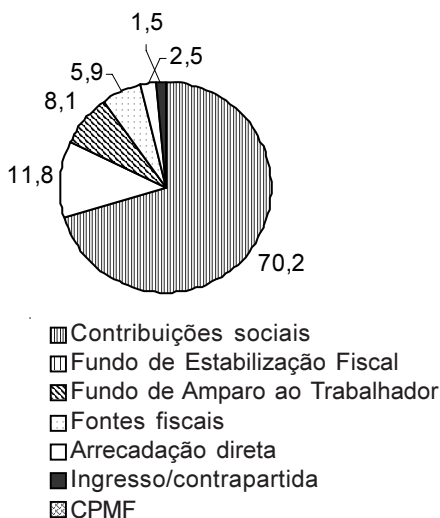
Fonte: Brasil, 1997.

Em 1997, o gasto federal real com saúde foi de R$ 18,800 bilhões, mas a receita foi de R$ 17,597 bilhões. A diferença de R$ 1,2 bilhão ficou como restos a pagar (Carvalho, 1998).

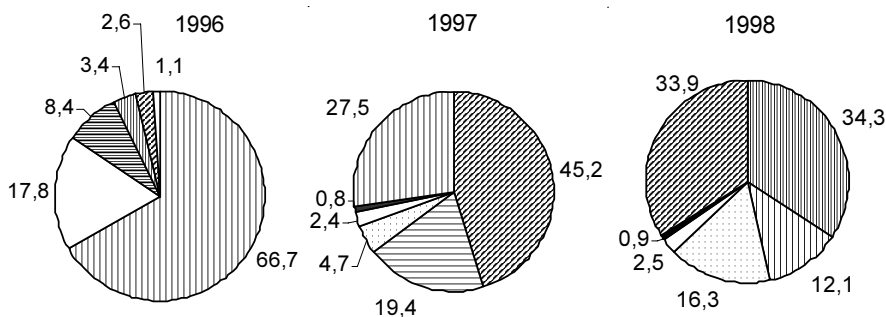
Gilson Carvalho (1998) afirma que existem várias classificações para o orçamento: o aprovado, o liberado e o executado. Quem aprova o orçamento é o Legislativo e quem o contingencia é o Executivo, por decreto. O liberado representa o resultado pós-cortes. Não há controle sobre esses cortes, pois o Ministério da Saúde decide onde corta e o que libera, sem consultar a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)[35] nem o Conselho Nacional de Saúde.

A LDO de 1998 determinava que o orçamento para a saúde deveria ser, no mínimo, igual ao do ano anterior – um pouco mais de R$ 20 bilhões. O Conselho Nacional de Saúde, considerando que a CPMF arrecadou mais do que o previsto, propôs um orçamento de R$ 22,8 bilhões. Porém, o governo encaminhou a proposta ao Congresso e este aprovou um orçamento de R$ 19,5 bilhões. Desse total, apenas R$ 17,59 bilhões foram liberados. O orçamento da saúde estabelecido pela LDO para 1999 foi de R$ 19,8 bilhões.[36]

Com relação às fontes dos recursos para a saúde,[37] observa-se que, com a criação da CPMF, tem havido uma diminuição progressiva da sua maior fonte financeira, as contribuições sociais: em 1995, estas participaram com 70,2% dos recursos do SUS e, em 1998, com apenas 34,3%, conforme os gráficos a seguir:

Gráfico 1 – Fontes de recursos do SUS (em %) – 1995

Fonte: *Folha de S. Paulo*, 24 maio de 1998.

Esses gráficos revelam que a CPMF foi responsável por 27,5% e 33,9% do financiamento da saúde em 1997 e 1998, respectivamente. A CPMF é provisória, o que significa que o financiamento da saúde está, cada vez mais, sustentado por fontes instáveis.

Gráfico 2 – Fontes de recursos do SUS (em %) – 1996-1998

Diante dos problemas do financiamento da saúde, da instabilidade das fontes dos recursos, da falta de repasse de um percentual regular do OSS e de desvios na alocação de recursos para outras áreas,[38] algumas alternativas são sugeridas.

Elias Jorge (1996) aponta uma solução para o financiamento da saúde: vinculá-lo à estabilidade do financiamento da seguridade social. Para tanto, propõe que se cumpram os seguintes passos, por ele apresentados como "solucionática" diante da "problemática":

- estancar o fluxo de recursos da seguridade social para despesas estranhas à mesma;
- trazer o artigo 55 das Disposições Transitórias para o corpo permanente da Constituição (no mínimo, 30% do OSS serão destinados ao setor saúde);
- garantir a vinculação constitucional de fontes de recursos, nas três esferas do poder, preservando-se a diversidade de fontes de financiamento para cada uma das três áreas da seguridade social;
- assegurar mecanismos para o exercício de rigoroso controle público (não estatal) sobre os recursos;
- incorporação de novas receitas específicas para a seguridade social, oriundas de produtos de consumo intensivo e/ou universal.

E diz que é preciso reafirmar o princípio da seguridade social, preservar a diversidade de fontes de financiamento e assegurar a sua estabilidade.

A instabilidade das fontes de recursos para a saúde sempre foi um problema ao qual o Governo deu poucas respostas. Porém, existe uma Proposta de Emenda Constitucional – PEC 169/93, dos então deputados federais Eduardo Jorge e Waldir Pires, que visa à alteração do inciso IV do artigo 167 da Constituição Federal de 88, que veta as vinculações constitucionais e propõe a garantia de 30% das receitas das contribuições sociais que compõem o OSS e o mínimo de 10% dos recursos fiscais de cada esfera de governo para a saúde. Essa proposta foi contemplada entre as deliberações da X CNS/96. A ela se acrescentou que tais recursos deverão ser alocados nos fundos nacional, estaduais e municipais de saúde, com prestação de contas periódicas aos respectivos conselhos de saúde.

O principal fundamento da PEC 169/93 é a vinculação de receitas – federal, estaduais e municipais – que proporcionará um aumento de recursos compatíveis com a realidade orçamentária e regras mais estáveis para o financiamento do setor. Esta foi garantida com a Emenda Constitucional nº 29/2000: a União deve investir 5% a mais do que o ano anterior, reajustando de acordo com a variação do PIB; e os estados e municípios um mínimo de 7% dos orçamentos próprios até o limite de 12% e 15%, respectivamente, em 5 anos.

Outro ponto importante é o paradoxo apontado por Elias Jorge em sua exposição na X CNS/96: na LDO, foi aprovado o repasse automático do FNS para os fundos estaduais de saúde, porém vetou-se o dispositivo que permitia fazer o repasse automático do OSS para o FNS, não havendo, portanto, o que repassar automaticamente.

A garantia do repasse automático fundo a fundo e o controle social sobre este são essenciais para a solução dos problemas do financiamento do SUS. Não adianta apenas garantir recursos para a saúde, é preciso garantir a sua chegada até os municípios e a participação da sociedade na sua destinação. Existia uma medida provisória em tramitação no Congresso Nacional propondo a extinção do FNS, que foi denunciada e rechaçada durante a X CNS/96. A extinção do FNS inviabilizaria a precária autonomia e transparência do SUS. Os recursos da saúde para estados e municípios retornariam para as contas únicas de cada esfera de governo, podendo ser manipulados e desviados com mais facilidade, fugindo ao controle dos conselhos de saúde.

Os gastos com saúde estão no universo de atuação do conselheiro de saúde, pois este "atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros" (Lei 8.142/90).

Capítulo 3

O Controle Social sobre a Política de Saúde

O Controle Social sobre o Fundo Público

Em sociologia, a expressão controle social é tratada por diversos autores para designar "os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo" (Carvalho, 1995:9). Mannheim (1971:178) o define como "conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem".

O termo é utilizado também por alguns autores para designar o controle que o Estado exerce sobre a sociedade por meio de suas instituições com o objetivo de amenizar, ou mesmo evitar, conflitos sociais. Essas instituições interferem no "cotidiano da vida dos indivíduos, reforçando a internalização de normas e comportamentos legitimados socialmente" (Iamamoto, 1988:109).

O controle social tem sido alvo das discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade, como o movimento popular e sindical, políticos, organizações não-governamentais e governos. Mas, com um significado inverso ao exposto, como controle que a população deve ter sobre as ações do Estado, graças ao processo de democratização no Brasil iniciado na década de 80.

Para Carvalho (1995:8), "controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele".

Na perspectiva aqui adotada, o controle social envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade. Conseqüentemente, implica o controle social sobre o gasto público.

A lógica do controle social, nesta perspectiva democrática, é justificada da seguinte forma: quem paga indiretamente, por meio de impostos, os serviços públicos é a própria população; portanto, ela deve decidir onde e como

os recursos públicos devem ser gastos, para que tais serviços tenham maior qualidade, sejam eficientes e atendam aos interesses da maioria da população, não ficando à mercê dos grupos clientelistas e privatistas.

O controle social sobre as ações do Estado e sobre o fundo público é de grande importância na sociedade brasileira, pois este último tem se constituído, preponderantemente, "um pressuposto do processo de acumulação" (Oliveira, 1990b:73).

No Brasil, onde há uma restrição da esfera pública simultânea à privatização do fundo público, o exercício do controle social sobre o gasto público estatal é relevante para construção e/ou ampliação da esfera pública. A população organizada, utilizando-se de mecanismos de controle social, poderá interferir para que o fundo público se reverta cada vez mais em gastos sociais com bens e serviços públicos que não buscam o lucro, impedindo, ou ao menos resistindo, a conversão crescente deste fundo público em argamassa para o capital na busca do lucro, ao ser aplicado para beneficiar a rede privada.

O controle social em pauta chama a atenção para as finalidades do gasto público, ou seja, para como está sendo gasto o tesouro do Estado. Coloca a possibilidade de a sociedade organizada ter acesso ao orçamento público, interferindo na destinação dos seus recursos. Trata-se de um processo de democratização do fundo público, "ameaçando o monopólio que as classes dominantes tinham sobre os recursos estatais" (Oliveira, 1995a:8).

Elizabeth Barros (1992:15) conceitua controle social como a "capacidade que a sociedade tem de influir sobre a gestão pública com o objetivo de banir as práticas fisiológicas e clientelísticas que conduziram à privatização da ação estatal no Brasil". Na mesma direção, Lúcia Silva (1992:4) afirma que o controle social que se deseja é a "permanente prestação de contas dos gastos públicos à sociedade e o envolvimento desta, de forma sistemática, e não apenas conjuntural, com o trato da administração de bens e serviços públicos".

O controle social sobre ações e recursos do Estado tem como um dos requisitos essenciais o estabelecimento de relações entre Estado e sociedade por meio de canais democráticos de participação social. No Brasil, após o período ditatorial, uma das expressões do restabelecimento dessa relação foi a institucionalização dos canais de participação em conselhos setoriais.

Os mecanismos de controle social são, ao mesmo tempo, resultados do processo de democratização do país e pressupostos para a consolidação dessa democracia. O fortalecimento do exercício do controle social sobre o Estado contribuirá para o alargamento da esfera pública e para a consolidação da democracia no Brasil.

O Controle Social na Saúde

O tema da participação na gestão pública surge na segunda metade da década de 70, período crítico da ditadura militar, a partir de experiências no campo da gestão municipal, como a de Lages (SC), e práticas construídas nos movimentos sociais – conselhos populares de Saúde na Zona Leste de São Paulo, Conselho Popular do Orçamento de Osasco, Assembléia do Povo de Campinas, entre outros. Posteriormente, essas experiências participativas se multiplicaram (Daniel, 1994).

Na área da saúde, as primeiras interações dos movimentos populares com o Estado surgem com a experiência dos conselhos populares na Zona Leste de São Paulo, nesse mesmo período.

Hoje, existem dois canais institucionais de participação social na política de saúde – os conselhos e as conferências de saúde –, que são uma conquista do Movimento Sanitário e têm suas raízes na experiência da Zona Leste de São Paulo e na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

Essa participação institucionalizada da sociedade civil na política de saúde foi concebida como controle social, ou seja, como intervenção da sociedade organizada nas ações do Estado na gestão do gasto público.

Arita Bergman define o controle social na saúde como a "fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública. (...) é a apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde" (Bergman, 1993:4). A autora considera o controle social como possibilidade de a sociedade civil interagir com o governo municipal para estabelecer prioridades e definir políticas de saúde que atendam às necessidades da população. E aponta, como estratégia para viabilizar o controle social, os canais de participação institucional, entre os quais os conselhos de saúde.

Victor Valla (1993:73) inscreveu o controle social dos serviços de saúde em um Estado democrático que vem passando por mudanças no modo de planejar e gerenciar recursos. Com base nas idéias de Poulantzas, afirma que "a proposta de controle social dos serviços contida na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) implica o reconhecimento de que o Estado (...) é a condensação material das relações de forças sociais".

Dessa forma, o controle social passa a existir, como possibilidade de os movimentos sociais influenciarem as políticas públicas de forma que estas atendam às suas demandas, durante o processo de democratização do país, em que a descentralização é tema central, contraposto ao processo de centralização do Estado durante a ditadura.

Afirma Pedro Jacobi (1992:113) que "o tema descentralização tem se tornado cada vez mais fundamental à democracia e ao processo de democratização do Estado na área urbana". Administrações recentes de esquerda têm mostrado uma proposta de descentralização municipal e têm incrementado a participação municipal dos cidadãos, tornando a administração mais transparente e democrática.

O caráter descentralizado e democrático, com participação da sociedade na política de saúde, expressa as bases de uma nova relação entre Estado e sociedade na realidade brasileira.

O Movimento Sanitário sempre defendeu a descentralização dos serviços de saúde e a adoção da municipalização, vista como uma estratégia para se democratizar o sistema nacional de saúde e como um dos princípios do SUS. Além de desburocratizar o sistema, o que gera maior resolubilidade dos problemas apresentados, a descentralização dos serviços de saúde aproxima a gestão do cidadão, podendo este cobrar e interferir mais de perto na política de saúde do município.

Isso não representa, porém, uma via de mão única, pois a descentralização é também uma estratégia do projeto neoliberal. Na medida em que responsabiliza os municípios pela política local de saúde, não repassando os recursos necessários para sua efetivação e diminuindo, assim, a responsabilidade do Governo Federal, as estratégias descentralizadoras estão coerentes com a perspectiva racionalizadora e de redução dos gastos públicos do projeto neoliberal (Correia, 1996a).

Na lógica econômica, a descentralização é uma das medidas a que se recorre para se enfrentar a crise fiscal do Estado, a instabilidade da moeda, o déficit público e a dívida externa. Segundo Amélia Cohn (1994), a lógica econômica tem-se sobreposto à lógica política, segundo a qual a descentralização seria estratégia democratizante do setor saúde.

Na perspectiva da Reforma Sanitária, a descentralização é "entendida como deslocamento de poder", não só do nível central para o nível local, mas, principalmente, como "um deslocamento do poder para os setores organizados da classe trabalhadora, em aliança com movimentos sociais de usuários e de profissionais" (Fleury, 1992:34).

Assim, qualquer proposta de descentralização tem de vir acompanhada de participação social, para que se garanta o seu projeto democratizante. Isso é possível graças ao caráter deliberativo atribuído legalmente ao conselho de saúde, que garante aos setores populares e aos trabalhadores da saúde nele representados um certo poder para interferir na política de saúde descentralizada.

O Controle Social na Relação entre Estado e Sociedade

Para que se entenda como se gestou o controle social na política de saúde brasileira, apresenta-se aqui uma retrospectiva das modificações ocorridas na relação entre Estado e sociedade a partir de 1964, fazendo um recorte particular no setor saúde e contextualizando o controle social, até a institucionalização dos conselhos de saúde. Tal retrospectiva se faz necessária por ser a relação entre Estado e sociedade o lugar da constituição do controle social.

O golpe de 64 mudou a forma de relação com as pressões populares adotada pelos governos anteriores, que as manipulavam de forma corporativa e populista até o limite de seu interesse, para manter a ordem instituída. Houve um rompimento da articulação entre Estado e sociedade que, segundo Sônia Fleury, "foi a condição para que se refizesse o pacto de dominação em termos do tripé composto pelo Estado burocratizado e coercitivo, os monopólios transnacionais e nacionais e o capital financeiro de ambas origens" (Fleury, 1986:92).

O país passou a ser governado por meio de atos institucionais, leis de segurança nacional e decretos secretos, o que caracteriza a forte repressão e controle sobre a população, propensa a manifestações de insatisfação. Assim, o controle social passou a ser exercido exclusivamente pelo Estado sobre a sociedade, pois as possibilidades de participação popular foram suprimidas da cena política e as pressões populares, tratadas com repressão. Foi uma época em que os movimentos populares e sindicais se retraíram e em que o movimento de resistência continuou nas 'catacumbas'. Houve crescente centralização de recursos e decisões, principalmente depois da promulgação da Constituição de 1967 e da Emenda Constitucional de 1969. Incrementou-se a racionalização do aparelho estatal no trato das políticas sociais, o que conferiu maior grau de especialização a cada órgão.

Com o fim do 'milagre econômico' e o agravamento das crises cíclicas do capitalismo, a partir de 1979 inicia-se um período de abertura política em que ressurgem os movimentos populares e sindicais, como as greves do ABC, o 'novo sindicalismo', o movimento de mulheres, o movimento pela anistia, o nascimento do Partido dos Trabalhadores e o movimento contra a carestia. Este último "com um discurso anti-estado em escala nacional, como reflexo do corte que se opera entre a sociedade civil e o Estado, que estimula a emergência de diversas formas de resistência" (Jacobi, 1989:140).

O bipartidarismo é substituído por um sistema pluripartidário. As características antiestatais dos movimentos se desenvolveram pela falta ou precariedade de canais de representação impostos pelo governo ditatorial. Ca-

racteriza-se a crise de legitimidade do governo e a "ausência de mediações necessárias entre Estado/sociedade que pudessem embasar o exercício legítimo do poder político" (Fleury, 1986:92).

Tanto Jacobi (1989) como Costa (1989) ressaltam duas vertentes teóricas de análise adotadas pelos movimentos populares nesse período de transição e a prática delas decorrentes. A primeira é a que Costa chama de autonomismo e independência popular, e Jacobi, de paradigma centrado na não-institucionalização. Para esta vertente, o poder não é fundamental, pois ela "tem como preocupação central a criação de uma 'nova cultura política' e de novos 'sujeitos históricos' a partir do surgimento dos movimentos sociais, que possam romper com a tradição 'partidista'" (Costa, 1989:51). O Estado é considerado um instrumento monolítico da classe dominante, de caráter autoritário e coercitivo, e o seu sistema institucional é visto como instrumento de repressão e controle dos movimentos populares; por isso, estes assumem uma prática de autonomia e independência "de costas para o Estado". [39]

A segunda vertente admite uma interação entre os movimentos populares e o Estado. Considera que o Estado tem um papel importante na reprodução da força de trabalho, por fornecer subsídios mínimos para sua manutenção por meio da implementação de políticas públicas e facilitar o consumo de bens e serviços coletivos pelo trabalhador. Para Cardoso (1983:229-230),

> A existência de planos públicos com fins sociais faz com que os Estados contemporâneos, por mais antipopulares que possam ser (e freqüentemente são), implementem políticas sociais. (...) Apesar do funcionamento tradicionalmente autoritário do Estado brasileiro, a implementação das políticas sociais atualmente obriga a algum tipo de inter-relação com a população.

Essa baseia-se em uma concepção de Estado como algo permeado de contradições, não mais como um comitê exclusivo da burguesia mas como uma arena de lutas políticas entre as classes, que, por vezes, atende às demandas das camadas populares.

Jacobi (1989) analisa, em *Movimentos Sociais e Políticas Públicas*, o caráter assumido pelas relações entre Estado e movimento social urbano em torno do saneamento básico e da saúde no período de 1974 a 1984. O autor chega a importantes conclusões, as quais evidenciam a opção dos movimentos sociais pela segunda vertente.

Nesse período, as mudanças conjunturais imprimiram ao Estado contradições e ambigüidades, apesar de suas características centralizadoras e autoritárias. Pelas pressões dos movimentos, o Estado foi forçado a assumir compromissos com as reivindicações populares e a reconhecer o movimen-

to popular como interlocutor. Como exemplo, tem-se o caso das mudanças verificadas na postura do Estado e de seus agentes em interação com a população, por ocasião do redirecionamento de etapas dos planos da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp) e da reorientação de seus investimentos.

Na área da saúde, a intervenção do Estado na melhoria da qualidade da rede e de serviços é decorrente da interação entre a população e a secretaria de Saúde. Assim, o movimento da saúde na década de 70 representa "a emergência de práticas que redefinem as relações entre Estado e população, gerando demandas num espaço que, apesar de regulado pelo Estado, não controla plenamente a sua institucionalização" (Jacobi, 1989:158).

Os Conselhos Populares na Zona Leste de São Paulo[40] começaram a se organizar em meados da década de 70 e se unificaram num movimento de saúde em 1976, durante a chamada distensão política (1974-1979), ao somar-se à atuação da Igreja a ação de estudantes de medicina e de médicos sanitaristas. Esse movimento inicia-se na época em que a população da periferia paulista sente os efeitos do descaso com o setor saúde, simultâneo ao rápido crescimento populacional. É a partir da gestão de Adib Jatene (1978-82) que esses conselhos ganham força e são, enfim, reconhecidos como interlocutores que representam os movimentos populares; o Estado então reage às suas demandas, investindo na expansão da rede de atendimento básico.

Depois das experiências dos conselhos populares da Zona Leste de São Paulo, configura-se uma nova relação dos movimentos populares com o Estado, que também se expressa nas experiências dos governos municipais do Partido dos Trabalhadores na década de 80, quando os conselhos foram criados como parte da estratégia de democratizar as gestões municipais abrindo "espaços para que as decisões sobre a vida do município passassem pela discussão e pelo controle da população" (Azevedo, 1988:22).

No início da década de 80, em um quadro de profunda recessão, toma vulto o movimento pela democratização do país demandando eleições diretas para a presidência. As pressões políticas desencadeadas por esse movimento resultaram em um governo de transição democrática denominado Nova República, pacto conservador entre as elites políticas, empresários e militares (Fernandes, 1986). Este pacto foi uma estratégia para dar continuidade à expansão do capitalismo monopolista, cuja consolidação havia se iniciado com o golpe de 64, pois os militares precisavam ficar na retaguarda porque a ditadura já não era funcional ao grande capital.

Durante o período de transição democrática (1985-1989), o Estado desenvolveu a função de legitimar o poder instalado sem processo eleitoral direto, tendo, porém, de fazer algumas 'concessões' às classes populares.

Como tentativa de responder à efervescência do movimento social iniciado com as 'Diretas Já', o governo da Nova República propõe reformas político-administrativas em setores ligados à questão social. Entretanto, as medidas propostas não foram tomadas, o que fez agravar-se o quadro de desigualdades sociais.

A relação entre Estado e sociedade vai mudando na década de 80: com o processo de democratização do país, alguns movimentos sociais admitem negociar com o Estado em torno de políticas públicas e abandonam a posição 'de costas para o Estado'. Nessa posição de interlocução com o Estado, este passa a ser visto como permeado pelas contradições das lutas políticas entre as classes sociais, o que lhe permite incorporar as demandas das classes populares na implementação de políticas públicas. Tais mudanças na relação entre Estado e sociedade vão implicar a mudança de caráter do controle social. Abre-se a possibilidade de a sociedade, por meio dos movimentos populares e sindicais, interferir nas ações do Estado.

Jacobi sintetiza a análise desse período de transição democrática afirmando que a nova política brasileira coloca em pauta, por um lado, "a reorganização política do Estado e a busca de mecanismos de articulação na sociedade, por outro, exige do movimento social um repensar de sua prática face ao Estado e aos partidos políticos" (Jacobi, 1987:22).

Nessa época, houve uma certa articulação do Movimento Sanitário com o governo da Nova República. O movimento conseguiu, inclusive, inserir algumas de suas propostas em planos oficiais como no Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (IPND-NR), o qual trata a saúde como "direito inerente à cidadania e dever do Estado" e propõe a expansão do sistema de saúde de forma "descentralizada" (IPND-NR, 1986:81). Conseguiu, também, indicar seus representantes para cargos no Ministério da Saúde e no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Nesse governo, incorporou-se aos textos governamentais um discurso comprometido com propósitos de legitimação sem que, no entanto, se implementassem mecanismos de efetivação deste compromisso, limitando-o à retórica.

O Movimento Sanitário nasceu ainda sob o regime autoritário, na segunda metade da década de 70, congregado ao Cebes. Ele reunia profissionais, intelectuais e lideranças políticas do setor saúde, oriundos, na maioria, do Partido Comunista Brasileiro, o qual, inspirado na reforma sanitária italiana, representava um foco de oposição ao regime militar: buscava a transformação do setor saúde que integrasse um processo de democratização da sociedade (Correia, 1996b). O marco para legitimação das propostas do Movimento Sanitário em torno do Sistema Único de Saúde como alternativa ao sistema vigente foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), reali-

zada em 1986. Houve ampla participação dos setores organizados da sociedade civil, que, pela primeira vez, tinham uma presença efetiva, não verificada nas CNSs anteriores.

A participação no sistema de saúde foi um dos eixos dos debates desta conferência. A participação social em saúde é definida como "o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde" (Machado, 1986:299). O controle social do sistema é apontado por Eugênio Vilaça Mendes como um dos princípios orientadores da reformulação do Sistema Nacional de Saúde: "Esse controle deve ser exercido pela sociedade civil organizada mediante participação direta ou delegada e/ou mecanismos de pressão, nas diversas instâncias gerenciais e operativas do Sistema" (Mendes, 1986:295). O controle social é apresentado como via imprescindível para a democratização do sistema. Luiz Cordoni Júnior afirma que "a construção de uma democracia real e não meramente formal, na qual a igualdade política se fundamente na igualdade social, exigirá o aprofundamento das conquistas populares, como instrumentos adequados de exercício do poder" (Cordoni Júnior, 1986:307). E que, nesse processo democrático, caberá à prefeitura municipal estar aberta, "em busca de canais de participação do pessoal da saúde" (Cordoni Júnior, 1986:317).

O debate em torno do controle social reaparece nas propostas da VIII CNS/86 e se amplia no processo de preparação da Assembléia Nacional Constituinte, em 1988. O que existia institucionalizado, até 1987, como canais de participação na política de saúde eram as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (Cims), estruturas colegiadas criadas pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), de composição meramente institucional: seu objetivo era articular as instituições. Com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds),[41] essas comissões passam a ser abertas à participação da sociedade civil organizada e adquirem o novo papel de 'gestoras do sistema'. Tal participação da sociedade foi limitada, primeiro, por não ter sido resultado de pressão popular: ela servia, na verdade, para legitimar a Programação e Orçamentação Integrada (POI), instrumento de planejamento da captação de recursos. Segundo, pela fragilidade das organizações populares, que permitiram que o poder público escolhesse os seus próprios representantes.

Na luta pelo espaço da participação popular na área da saúde antes da Assembléia Nacional Constituinte, o jornal da reforma sanitária (*Proposta*, (2), abr.1987) apresenta a participação no 'controle social' como um princípio político e doutrinário que deveria nortear a construção jurídico-institucional do sistema de saúde.

O Movimento Sanitário, legitimado na VIII CNS/86, fez *lobbies* no Congresso, durante o processo da Assembléia Nacional Constituinte, pela adesão de parlamentares à proposta do SUS. Nesse processo, travou-se uma árdua batalha entre setores progressistas e setores conservadores, até que se garantissem na Constituição Federal a saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, além dos pressupostos já contidos no Suds: universalização, resolubilidade, hierarquização, regionalização e participação.

A participação da comunidade passa a integrar o item III do artigo 198 da seção II da Constituição Federal como diretriz do novo Sistema Nacional de Saúde. A outra luta empreendida pelo Movimento Sanitário foi para que a regulamentação do SUS incluísse a participação social.

Na década de 80, confrontam-se dois projetos opostos que dão o tom da política da saúde implementada. O primeiro é o projeto do Movimento Sanitário, que "propõe uma profunda reformulação no Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular" (Mendes, 1994:43). O segundo projeto é o neoliberal, que propõe "uma reciclagem da proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista", composto, ainda segundo Eugênio Vilaça Mendes (1994), por três subsistemas: o de alta tecnologia, o de atenção médica supletiva[42] e o público. Assim, temos, de um lado, com a Constituição de 88, a incorporação de muitas propostas do Movimento Sanitário na definição da política de saúde, e por outro lado, antes que esta se concretize, a implementação, na prática, do projeto neoliberal no setor.

Em setembro de 1990, após duras pressões, é publicada a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, que regulamenta o SUS, definindo atribuições e competências à União, estados e municípios e critérios de financiamento para o setor. Porém, essa lei sofre 25 vetos do presidente da República, exatamente nas questões relacionadas à participação e ao financiamento, as quais, meses depois, são tratadas na Lei Complementar 8.142/90.

É nessa lei federal, em seu artigo 1º, que se regulamenta a participação da população por meio de duas instâncias colegiadas:

I - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis corres-

pondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

II - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A imposição legal da criação dos conselhos de saúde como requisito para a municipalização do setor Saúde fez com que estes se multiplicassem. Segundo a pesquisa Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, realizada em 1993 sob a coordenação do Ministério da Saúde, 71% dos conselhos municipais de saúde foram criados a partir de 1991. Em Alagoas o número de conselhos de saúde se ampliou a partir de 1993, com a publicação da Norma Operacional Básica do SUS de 1993 (NOB 01/SUS/93), que impunha sua criação como requisito para a municipalização do setor e conseqüente transferência de recursos federais.

A participação social por meio dos conselhos de saúde é uma realidade no Brasil: eles já existem em 5.201 dos 5.506 municípios e em todos os 27 estados.[43]

Antônio Ivo de Carvalho, ao analisar esses conselhos, considera que eles "têm uma representatividade muito mais política do que social, expressando uma coerência entre a sua composição e o projeto político que o inspirou" (Carvalho, 1995:108). Para o autor, os conselhos se apropriam de parcela do poder de governo e devem usá-lo a favor da proposta de reforma democrática do sistema e da ampliação de seu espaço político. Pela possibilidade que os conselhos apresentam de exercer poderes governamentais ou estatais, ele os caracteriza como "espaços contra-hegemônicos (...), distinguindo-os de outros organismos de natureza estritamente civil" (Carvalho, 1995:111). E os vê como "uma proposta contextualizada em um projeto de reforma democrática do Estado" (Carvalho, 1995:112).

Os mecanismos de participação institucionalizada na área da saúde, os conselhos e conferências, apesar de terem sido conquistados sob pressão, podem, por um lado, se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais. Por outro lado, podem ser espaços de participação e controle social, na perspectiva de ampliação da democracia. Para Ramos (1996:342), a sua mera existência "não garan-

te imediato controle social perfeito, mas é parte de um processo que contribuirá para redefinir a questão das relações público/privado no Brasil, seja na proposição das políticas, seja no controle e avaliação delas".

O espaço de participação popular nos conselhos é contraditório: pode servir para legitimar ou reverter o que está posto. Porém, não deixa de ser um espaço democrático, em que vence a proposta do mais articulado, informado e que tenha maior poder de barganha; é uma arena de lutas em torno do destino da política de saúde nas três esferas de governo. Nos conselhos de saúde estão presentes diversos interesses: públicos, privados, corporativos, coletivos, individuais (Correia, 1996b).

O dilema dos movimentos sindicais e populares entre manter uma posição 'de costas para o Estado' e interagir com este, que atravessou as décadas de 70 e 80, aflora no período de constituição dos conselhos, quando alguns movimentos, ao serem chamados, negam-se a ter uma participação institucionalizada.

Na IX CNS/92, os movimentos representados posicionaram-se a favor da participação nessas instâncias, desde que, porém, suas ações não se limitassem a esta participação e não perdessem a sua autonomia. Para eles, esses espaços institucionais não se constituíam nos únicos espaços de controle social. Decidiu-se, então, que

> A prática do controle social sobre políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania. Para que se concretize, é importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para as questões da saúde, numa perspectiva transformadora. A participação, independentemente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações. A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar a sua instrumentalização. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais, e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde. (Relatório final da IX CNS/92)

A noção de controle social como controle da sociedade sobre as ações do Estado "passa a exigir a presença de organizações legítimas de representação de interesses de diversos segmentos sociais na formulação de planos e políticas de saúde e no redirecionamento dos investimentos públicos" (Abrasco: Relatório final da oficina de trabalho Incentivo à Participação e Controle Social em Saúde, 1993).

Os conselhos de saúde passam a ser entendidos como uma das formas de controle social das ações do Estado no campo da saúde. São vistos como uma estratégia para se dirigir, cada vez mais, o fundo público da saúde para a produção de bens e serviços de consumo coletivo sem fins lucrativos, atendendo às necessidades da reprodução da força de trabalho, e de contraposição à tendência, atualmente hegemônica, de sua utilização para o financiamento de iniciativas privadas. Segundo Oliveira (1988:9), "o financiamento público contemporâneo tornou-se abrangente, estável e marcado por regras assentidas pelos principais grupos sociais e políticos".

O conselho de saúde é uma das formas de democratização dos gastos estatais na área da saúde, pois ele pode, legalmente, deliberar sobre aspectos econômicos e financeiros da política de saúde.

Existe um fundo de saúde[44] em que devem se concentrar todos os recursos repassados para a gestão da saúde pública, em cada esfera de governo. Podemos chamá-lo de fundo público da área da saúde, por condensar os recursos públicos a serem gastos na saúde pública.

A Lei Federal 8.080/90 cria, em seu artigo 33º, o Fundo Nacional de Saúde (FNS), e a Lei Federal 8.142/90, no artigo 4º, estabelece que para receber recursos do Governo Federal, estados e municípios devem ter fundo de saúde.

Esse fundo concentra as receitas específicas para o setor saúde, permitindo a visibilidade das fontes de receita com seus valores e data de ingresso, das despesas realizadas e dos rendimentos das aplicações financeiras. Isso facilita o controle social e permite a autonomia na aplicação de tais recursos exclusivamente na saúde (FMS/MS, 1994).

O Conselho de Saúde tem, entre suas atribuições:

- Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde;
- Propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos. (Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 3/12/92)

Assim, com os conselhos de saúde, abre-se a possibilidade de a sociedade opinar e interferir na destinação dos recursos públicos da área. O espaço dos conselhos pode se tornar um espaço de disputa política, entre os setores organizados nele representados, pelo controle do fundo público da saúde.

Na perspectiva de ampliação da esfera pública, destaca-se, na realidade brasileira, a importância de que existam canais de acesso da sociedade aos gastos públicos, pois verifica-se que, por parte de alguns políti-

cos, a verba pública é usada de forma clientelística, e a população desconhece seus direitos e não denuncia as práticas de favorecimento pessoal.

Na área da saúde, destaca-se ainda mais a necessidade desses canais – os conselhos de saúde – como mecanismos de controle social,[45] devido, entre outros fatores, à larga utilização dos recursos públicos pela rede privada, gerando lucro e contribuindo para a reprodução do capital. Conforme Paulo Elias, "em 1993, 72,5% do total dos gastos do SUS foram com o setor privado" (Elias, 1996:106), predominando, desta forma, o financiamento da iniciativa privada pelo fundo público da saúde.

Os conselhos de saúde podem se tornar mecanismos democráticos de resistência à mercantilização do setor, na medida em que definam a aplicação dos recursos públicos na própria rede pública, sem fins lucrativos. No mínimo, podem se constituir em mecanismos de acesso, fiscalização e acompanhamento do uso dos recursos, tornando as ações mais transparentes e permeáveis às demandas populares.

A seguir serão analisadas a legalidade, legitimidade e dificuldades dos conselhos de saúde ao exercerem o controle social sobre os recursos da saúde com base no estabelecido na Lei 8.142/90, nas propostas das CNSs (da XVIII à X) e nos termos das NOBs do SUS de 1991, 1993 e 1996.

Os Conselhos de Saúde como Instrumentos de Controle Social sobre os Recursos

Na Lei 8.142/90

Para a concretização do SUS, é necessária a aplicação de seus princípios, dentre os quais destacam-se a descentralização e a participação social, pilares de sua efetivação. A participação social é tratada aqui na perspectiva do controle social sobre os recursos públicos da saúde, que está garantido no arcabouço jurídico institucional do SUS.

Como dito anteriormente, a Lei 8.142/90 formaliza esse controle ao definir que compete ao conselho de saúde, que tem caráter permanente e deliberativo, atuar "na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo".

Essa lei garante ao conselho de saúde seu caráter deliberativo. Dessa forma, a sociedade organizada, nele representada em 50% de sua composição, obtém poderes. Amplia-se o caráter democrático do conselho, que torna-se

mais do que uma instância meramente consultiva. O conselho, como órgão do poder Executivo ligado à direção do SUS, delibera fixando diretrizes para a atuação daquela esfera governamental.[46]

A lei, ao mesmo tempo em que garante o caráter deliberativo do conselho, aumentando seu poder e, conseqüentemente, o da sociedade nele representada, restringe tal poder à 'permissão' do dirigente do SUS, pois submete as decisões nele tomadas à homologação do chefe do poder legalmente constituído.

No guia de referência para a criação e organização de conselhos de saúde elaborado pelo Ministério da Saúde (1994), lê-se que

> nem todas as decisões deliberadas pelo Conselho são passíveis de homologação. Devem ser homologadas apenas as deliberações normativas que impliquem a adoção de medidas administrativas da alçada privativa do dirigente do SUS, tais como: questões ligadas à reorganização administrativa, à aprovação do plano de saúde, à fixação de critérios e diretrizes da política de saúde, modificação de programas, prestação de contas etc.
> As decisões que tenham caráter de recomendação ou as que promovam diligências não precisam ser homologadas pois, nesses casos, a falta ou demora de homologação poderia prejudicar a atividade de controle e fiscalização que o Conselho desempenha. (Brasil, 1994:31)

A Lei 8.142, ao institucionalizar o conselho de saúde como instância deliberativa, atribuindo-lhe o controle da execução da política de saúde nos aspectos econômicos e financeiros, mesmo sujeito a homologação do Executivo, abriu os caminhos para o controle social sobre os recursos públicos para a área. O acesso da população e dos trabalhadores da saúde à prestação de contas e às definições da política para o setor é um passo para o seu efetivo controle.

Porém, que o fato de as decisões estarem sujeitas à homologação do Executivo representa o controle por parte deste sobre as decisões do conselho, restituindo o seu poder na hora da 'palavra final': o gestor do SUS pode só homologar as decisões de seu interesse, e esquecer as que lhe possam causar 'problemas'. Mas, o importante é que a gestão fica mais acessível e os impasses que possam acontecer são tornados públicos, o que diminui as possibilidades de o gestor ir de encontro a uma decisão do conselho se não tiver uma justificativa convincente e plausível, pois isso pode ameaçar a legitimidade de sua gestão.

Nas Conferências Nacionais de Saúde

A conferência de saúde é a outra instância colegiada de participação social de que trata a Lei 8.142, que avalia a situação da saúde e propõe diretrizes para a formulação de sua política nas esferas de governo correspondentes.

Mesmo não tendo poder deliberativo como os conselhos, as conferências de saúde têm legitimidade, mobilizam as entidades e organizações da sociedade e os trabalhadores da área nos municípios e nos estados, levando-os, por meio de um processo de eleição na Conferência Municipal e na Conferência Estadual de Saúde, à CNS.

Essas conferências têm cumprido o papel de divulgadoras de informações sobre a política de saúde entre a sociedade e os trabalhadores da saúde, ao mesmo tempo que, de certa forma, obrigam os gestores a escutar as avaliações e reclamações feitas pela sociedade sobre os serviços de saúde. Constituem-se em canais democráticos e participativos que, além de abrirem espaço para a avaliação, discussão e proposição, no âmbito local, por quem faz, administra e usa os serviços de saúde, permitem a articulação das questões locais com os determinantes gerais da política de saúde. Congregam forças em torno das propostas e lutas para o enfrentamento dos problemas estruturais e conjunturais do setor.

As questões em torno do financiamento e da alocação de recursos têm sido alvo dessas conferências. Elas têm sempre avaliado e proposto meios de reduzir a instabilidade das fontes desses recursos e aumentar o seu montante, e também apontado diretrizes para a sua melhor alocação, protestando contra sua má utilização ou seus desvios.

Assim, pode-se afirmar que as conferências constituem mais um mecanismo de controle social sobre os recursos públicos da área da saúde, visto que o financiamento é um dos eixos de seus debates e proposições em cada esfera de governo. De certa forma, as conferências obrigam os gestores a prestar contas à sociedade de como estão utilizando os recursos destinados à saúde, ao mesmo tempo que propõem a melhor forma de utilizá-los, apontando prioridades para a política de saúde nas três instâncias de governo.

A VIII CNS, realizada em 1986, foi o grande impulso para a legalização do SUS em 1988. Nessa conferência, que reuniu mais de 4.000 participantes de todo o Brasil, a proposta do SUS como um sistema nacional de saúde foi mais bem estruturada, fortalecida e legitimada pela participação dos diversos segmentos sociais. Os temas nela discutidos foram: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial.

Entre os aspectos negativos da política de saúde então constatados e que persistem até hoje, destacam-se dois relacionados ao financiamento:

- falta de transparência na aplicação de recursos públicos, que contribuiu para o seu uso disperso, sem atender às reais necessidades da população;

- privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica.

Das propostas em torno da participação e do controle social, destacam-se:

- estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado;
- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
- formação de Conselhos de Saúde nos níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida;
- gerenciamento dos Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada. (Relatório final da VIII CNS)

Dentro do tema do financiamento, em que os pontos polêmicos também continuam os mesmos até hoje, sobressaem-se as questões da descentralização e da relação entre as esferas pública e privada:

- Financiamento/descentralização:
  A descentralização, um dos princípios propostos para a reorganização do sistema de saúde, só se concretizará mediante uma reforma tributária que:
  elimine a atual regressividade das formas de financiamento da política de saúde;
  estabeleça fontes estáveis de receita para que os programas de atenção à saúde não fiquem comprometidos nas conjunturas regressivas;
  garanta maiores recursos aos estados e municípios para que estes desenvolvam seus programas;
  reveja critérios de dedução do imposto de renda das pessoas físicas com o pagamento dos serviços de saúde;
  acrescente como fontes adicionais a taxação de indústrias poluentes, empresas de desmatamento e jogos de azar;
  estabeleça compromissos orçamentários no nível da União, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de saúde.

- Financiamento público e privado:
  necessidade de fortalecimento e expansão do setor público, a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público 'concedido' e o contrato regido sob as normas do Direito Público (...) tendo como meta uma progressiva estatização do setor.
  deflagração de uma campanha nacional em defesa do direito universal

à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos;
revisão dos incentivos concedidos à chamada medicina de grupo. (Relatório final da VIII CNS)[47]

Apesar das mudanças conjunturais ocorridas desde a realização da VIII CNS/86, alguns problemas estruturais continuam existindo e são pauta das duas conferências posteriores, a IX CNS/92 e a X CNS/96. Foram incluídas várias diretrizes no arcabouço jurídico legal do SUS, com base nas propostas da VIII CNS. E mediante as novas configurações da política de saúde, novas propostas foram apresentadas nas duas conferências subseqüentes.

A IX CNS/92 aconteceu em uma conjuntura de insatisfação social com as medidas antipopulares do governo Collor. Adiada por quatro vezes, a conferência realizou-se após a substituição do ministro da Saúde Alceni Guerra por Adib Jatene, como uma estratégia de legitimação do governo. Mas, apesar do manifesto respeito pessoal pelo novo ministro, os participantes da IX CNS não hesitaram em contestar a política implementada pelo Governo, ao mesmo tempo em que se manifestaram a favor do *impeachment* do presidente.

O tema da IX CNS foi Saúde: municipalização é o caminho, e suas propostas giraram em torno da exigência do cumprimento das leis orgânicas da saúde e do fortalecimento da descentralização e do controle social.

Dentre as propostas acerca do controle social, principalmente sobre os recursos da saúde, destacam-se:

- os Conselhos devem elaborar, apreciar e aprovar os planos municipais de saúde, recusando planos padronizados elaborados por empresas privadas, que sirvam apenas como instrumento de captação de recursos;
- os Conselhos devem aprovar as diretrizes orçamentárias, fiscalizar o repasse, avaliar a aplicação dos recursos e apreciar relatórios de gestão dos fundos;
- aos Conselhos deve ser garantido o acesso a todas as fontes de dados e informações da administração sobre a questão financeira da Seguridade Social e vigilância epidemiológica;
- os órgãos governamentais e o setor privado contratado ou conveniado devem ser obrigados a prestar toda e qualquer informação necessária ao adequado cumprimento das competências dos Conselhos, fornecendo, inclusive, estudos e assessoria técnica;
- à população deve ser garantida a transparência nas administrações, bem como seu acesso às seguintes informações: quem recolhe tributos e contribuições sociais, quanto e quando recolhe, quanto é orçado, quanto é repassado, quando foi gasto e onde, e se as autorizações de gasto estão de acordo com o planejado;

- deve-se agilizar o processo de municipalização, submetendo-o a uma avaliação permanente e ao controle social;
- devem-se controlar, por meio dos Conselhos – em todos os níveis – os planos privados de saúde;
- devem-se elaborar planos estaduais e municipais de investimentos, ascendentes, aprovados pelos Conselhos de Saúde, que deverão apontar as prioridades na alocação dos recursos financeiros disponíveis, acabando com o clientelismo na destinação destas verbas, sejam elas federais, estaduais ou municipais. Os Conselhos de Saúde, em cada nível de gestão, devem analisar periodicamente as contas do SUS, publicando a cada 3 meses uma análise das mesmas, em linguagem acessível aos usuários. (Relatório final da IX CNS)

Observa-se que essas propostas detalham as atribuições dos conselhos estabelecidas na Lei 8.142, fortalecendo seu papel de controle social sobre a política de saúde e, em especial, sobre os recursos da saúde.

Outros dois pontos importantes são contemplados nas deliberações da IX CNS, em relação a alterações na Lei 8.142. O primeiro diz respeito à composição dos conselhos: propõe-se, além da paridade entre usuários e os demais segmentos, uma composição de 25% de trabalhadores da saúde e 25% distribuídos entre governo e prestadores de serviços. A resolução 33 do CNS/92, que aprovou o documento Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, incorporou essa composição proposta pela IX CNS. Em sua prática, depois da publicação dessa resolução, a maioria dos conselhos constituídos tem obedecido aos percentuais nela estabelecidos.

O segundo ponto está relacionado à necessidade da homologação das decisões do conselho pelo Executivo, de que já tratamos. Propõe-se "que seja acrescentado ao parágrafo 2º do art. 1º da Lei 8.142: 'as decisões retornam ao Conselho para apreciação e decisão caso não sejam homologadas pela autoridade competente'" (Relatório final da IX CNS:35). Essa alteração seria um meio de impedir o descaso do gestor para com as deliberações do conselho, rompendo com o limite imposto ao seu poder deliberativo. Porém, essa proposta de alteração legal não foi, até o momento, efetivada, nem recomendada em resoluções do CNS.

No tocante à descentralização e ao financiamento da saúde, na IX CNS foram feitas algumas constatações e propostas em torno de problemas que ainda perduram. Entre as constatações, destacam-se:

- A partir de 1989 houve uma redução das receitas do setor saúde, em termos dos gastos em saúde das três esferas de governo e no que se refere às receitas de saúde no âmbito do Orçamento da Seguridade Social;

- O Governo Federal não dá prioridade ao setor saúde. Isto se verifica pela retração dos gastos públicos federais em saúde no período de 1989-92. Verifica-se também a queda da participação do setor na distribuição dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, que de 30,31%, em 1989, passou a 23% em 1990 e 1991, e a 22% em 1992. (Relatório final da IX CNS:28)

Dentre as propostas, ressaltam-se as que exigem o cumprimento das leis orgânicas no que diz respeito ao repasse de recursos:

- promover a imediata regulamentação e aplicação do artigo 35 da Lei 8.080/90;
- rever os critérios de transferência federal de recursos, os quais devem obedecer aos princípios definidos na Lei 8.080. Enquanto esses critérios não forem regulamentados, devem ser buscadas alternativas, preservando as diretrizes legais definidas e garantindo, no mínimo, no repasse global e automático, a manutenção da rede hospitalar e ambulatorial, a partir de série histórica de gastos dos estados e municípios, além dos investimentos, das ações de saúde coletiva, bem como para os novos serviços executados diretamente pelos municípios;
- delegar poderes ao Conselho Nacional de Saúde, para no prazo de até 60 dias após a publicação deste Relatório, definir instrumentos que operacionalizem de maneira mais ampla e objetiva os critérios de partilha legalmente estabelecidos pela Lei 8.080;
- promover a aplicação imediata do artigo 3º da Lei 8.142 que define que, até a regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080, o repasse dos recursos seja efetuado por critério populacional, sendo que 70% devem ser destinados aos municípios e 30% aos estados;
- assegurar o cumprimento do artigo 33 da Lei 8.080, que estabelece a obrigatoriedade dos fundos nacional, estadual e municipal de saúde;
- garantir a transferência de recursos para a saúde aos estados e municípios e, ao mesmo tempo, a democratização da gestão de recursos da Seguridade Social. Todo o orçamento do Ministério da Saúde deve ser centralizado no Fundo Nacional de Saúde. A transferência de recursos aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde deve ser feita de forma regular e automática, vinculada à existência de Conselhos na forma da lei;
- destinar de 10 a 15% dos orçamentos fiscais de cada esfera de governo (União, Estados e Municípios) exclusivamente para a área da saúde, com acompanhamento da execução orçamentária pelos respectivos Conselhos, bem como destinar pelo menos 30% do Orçamento da Seguridade Social para a saúde. (Relatório final da IX CNS, 1993:26)

Esta última proposta transformou-se mais tarde na Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169, dos então deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, a qual, por sua vez, foi apoiada na X CNS/96. As demais propostas reafirmam a necessidade de maior explicitação dos critérios de transferên-

cias de recursos para estados e municípios, além de exigir o cumprimento das leis que regem a saúde.

Na relação do SUS com o setor privado, a IX CNS reafirma seu caráter complementar ao sistema público e incumbe os conselhos de controlá-lo na esfera municipal:

> Os municípios devem exercer o controle sobre o setor privado conveniado e contratado, considerando seu papel complementar no SUS; os Conselhos Municipais de Saúde devem rever os atuais convênios e definir critérios para o estabelecimento de novos, condicionados ao esgotamento da capacidade instalada da rede pública. (Relatório final da IX CNS, 1993:26-27)

Essa proposta, aliada à de "definir prioridades de trabalhos de acordo com as necessidades, revertendo a lógica de mercado e o modelo individualista, curativo, biologicista, especializado" (Relatório final da IX CNS, 1993:27), contribui para a consolidação de um serviço público, ao priorizar a alocação de recursos na ampliação e qualificação de sua rede. É importante que os conselhos supervisionem o caráter complementar da rede privada nos limites do extremamente necessário, resistindo, assim, à lógica de mercado, que tende a alocar recursos na rede privada, a qual visa ao lucro.

A X CNS foi realizada em setembro de 1996,[48] com o tema Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida. Nas mesas centrais, debateram-se os problemas e dificuldades na implementação do SUS, e apresentaram-se experiências concretas em que o SUS estava dando certo. A conferência reuniu aproximadamente 3.000 participantes, entre os quais 1.260 delegados de todos os estados brasileiros. A tônica de seus debates foi o protesto contra a política neoliberal implementada pelo governo e o conseqüente desmoronamento do SUS. Nela, decidiu-se

> Rejeitar políticas e iniciativas de privatização ou terceirização que, a pretexto de 'enxugar' o aparelho estatal, reduzem investimentos e limitam o alcance das políticas públicas. Por isso, os participantes da X CNS consideraram ser obrigação do Estado a formulação e implementação de políticas sociais que garantam ao cidadão o exercício de sua cidadania plena. Defenderam ainda, o combate ao perverso projeto neoliberal e à implantação do Estado Mínimo, que privatiza as políticas públicas e deixa os direitos humanos à mercê das leis do mercado, através da construção de um Estado que garanta os direitos conquistados pelo povo brasileiro. (Relatório final da X CNS, 1996:15)

Muitos dos problemas expostos na VIII CNS/86 ainda perduram, como a falta de transparência na utilização dos recursos para a saúde e o maior

percentual de recursos financeiros do SUS para o setor privado, em detrimento do setor público, com sua conseqüente desvalorização. Outros problemas já apontados na IX CNS/92 em relação à lógica do financiamento por produção de serviços – incompatível com os princípios do SUS – e em relação à indefinição de fontes de financiamento e de critérios para repasse dos recursos do SUS também reapareceram na X CNS/96. As propostas em torno desses problemas também se repetiram, porém, com um maior detalhamento e algumas inovações. O cumprimento das leis 8.080 e 8.142 e a regulamentação do artigo 35 da primeira continuaram em pauta, como também a defesa da Reforma Tributária baseada nos princípios de redistribuição. Foram acrescentadas várias propostas para o aumento da receita da saúde por novas fontes, e denunciado o desvio de recursos da seguridade social para outros fins.

A aplicação de recursos públicos no setor privado e a conseqüente privatização da saúde foram mais veementemente combatidas nesta X CNS. Entre as propostas apresentadas, destacam-se:

- considerar a saúde como um bem inalienável que não pode ser tratado sob a ótica mercantil. Nesse sentido, é inaceitável que as ações e os serviços de saúde sejam submetidos às leis do mercado capitalista, e é imperativo recuperar a dimensão ética das políticas públicas;
- defender a substituição progressiva dos serviços privados complementares do SUS por serviços públicos de saúde, como forma de garantir a hegemonia do setor estatal, a eqüidade e a universalidade da atenção integral à saúde;
- impedir, através dos governos, dos gestores do SUS e dos Conselhos de Saúde, que o setor privado interfira ou controle o financiamento do SUS;
- reafirmar o princípio contra a privatização da Saúde. Para tanto, é necessário que os Governos Federal, Estaduais e Municipais mantenham a sua responsabilidade de financiar o SUS e que seja combatido o repasse de verbas e unidades de saúde públicas para a assistência médica privada, inclusive de categorias dos servidores públicos civis, militares e funcionários de estatais. (Relatório final da X CNS:17)

Quanto ao controle social, as propostas da X CNS foram mais incisivas, definindo com mais precisão a atuação do conselho sobre os recursos da saúde. Entre elas, ressaltam-se:

- Os Conselhos de Saúde têm poder deliberativo sobre a aplicação dos recursos destinados à área da Saúde. Devem, portanto, aprovar a proposta orçamentária anual, bem como aprovar e acompanhar a execução orçamentária. Para subsidiar essas ações deve ser criada, nos Conselhos de Saúde, uma Comissão Permanente de Acompanhamento do Processo Orçamentário;

- Os Conselhos de Saúde devem controlar a administração das contas correntes dos Fundos de Saúde, devendo ter acesso aos extratos bancários das mesmas, bem como solicitar auditorias especiais ao Tribunal de Contas ou ao Sistema Nacional de Auditoria, caso sejam constatadas irregularidades;
- O Conselho Nacional de Saúde deve tomar as medidas necessárias para a criação de legislação que permita a quebra do sigilo bancário das contas dos Fundos de Saúde e de seus administradores a partir de solicitação dos Conselhos de Saúde, quando forem constatadas irregularidades;
- O Ministério Público deve fiscalizar a União, os estados e municípios no que se refere à Saúde, fortalecendo os Conselhos de Saúde, a instituição e viabilização do funcionamento dos Fundos de Saúde, para que exista a devida transparência tanto no repasse como na utilização dos recursos financeiros;
- Os Tribunais de Contas devem aumentar o rigor na fiscalização do SUS, para evitar desvios de recursos e fraudes, bem como encaminhar cópia das inspeções aos Conselhos de Saúde, para conhecimento e tomada de providências;
- Todos os gestores do SUS, tendo como poder deliberativo o respectivo Conselho de Saúde, devem estabelecer o planejamento e orçamento ascendente, compatibilizando as necessidades da Política de Saúde com a disponibilidade de recursos e prevendo recursos suficientes nas respectivas propostas orçamentárias. Dessa forma, democratiza-se a gestão financeira pela adoção do planejamento participativo na definição de prioridades e inicia-se a construção do orçamento participativo que deve envolver, além do Conselho de Saúde, os trabalhadores em Saúde e os movimentos sociais. (Relatório final da X CNS, 1996)

O grande número de propostas em torno do controle sobre os recursos públicos da saúde demonstra a preocupação e dificuldade dos conselheiros em exercê-lo, diante das restrições ao acesso ao setor que cuida das finanças das secretarias estaduais ou municipais de Saúde. Os recursos, apesar de serem públicos, são tratados com um certo sigilo, como se fossem privados. Tornam-se a 'caixa preta' ou a 'caixa de segredos', à qual só tem acesso quem entende de finanças; ninguém sabe ao certo o montante de recursos que chegam e como são gastos. Os códigos e tabelas são incompreensíveis e as contas apresentadas, aprovadas sem o necessário entendimento por parte dos conselheiros. O controle sobre os recursos da saúde tem sido um desafio para os conselheiros que, apesar de terem a função de deliberar sobre os aspectos econômicos e financeiros, ficam 'amarrados' pela falta de transparência de muitos gestores e pela dificuldade de entendimento contábil.

A existência dos fundos de saúde, ou seja, de contas específicas para os recursos a serem utilizados no setor, separadas da conta geral do estado e/ou do município, já é uma vantagem, pois facilita a fiscalização de sua movimentação. Mas, sua mera existência não é suficiente, pois os recursos podem ser removidos para outros fins, se não houver o acompanhamento por parte do conselho ou de outros órgãos que têm esta competência.

Entre as propostas de controle social sobre as finanças, surgiram, na X CNS, algumas em torno do orçamento participativo para a saúde. Por meio deste, o conselho participaria não só da fiscalização da alocação do montante destinado à saúde, como também da própria elaboração do orçamento. Algumas experiências desse tipo têm sido implementadas com sucesso em gestões democráticas.

O orçamento participativo[49] requer que a análise, a discussão dos problemas e a identificação de soluções sejam feitas coletivamente, com a participação da comunidade interessada. Requer, também, transparência do gestor e negociação entre os setores envolvidos. Foi esse o mecanismo de elaboração de orçamento para a saúde proposto na X CNS.

As propostas das conferências de saúde, apesar de estas não terem caráter deliberativo, têm orientado a organização e o desenvolvimento das atividades cotidianas de muitos conselhos, pois expressam o resultado de uma avaliação nacional do SUS pelos seus atores mais importantes, constituindo-se, conseqüentemente, em propostas legítimas.

Nas Normas Operacionais Básicas do SUS

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) elaboradas na área da saúde tiveram sempre o papel de normatizar o processo de descentralização, substituindo, na prática, a regulamentação do repasse de recursos, ou seja, a regulamentação tão reivindicada no artigo 35 da Lei 8.080. No entanto, essas normas têm alterado o sentido da referida lei, distorcendo a idéia de descentralização formalizada e outros princípios do SUS.

A primeira NOB do SUS foi elaborada pela tecnocracia do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), em janeiro de 1991, e reeditada em julho desse mesmo ano, incorporando algumas sugestões do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass). Seu objetivo era, por meio do Inamps – responsável pela implantação da nova política de financiamento do SUS –, "normatizar os repasses financeiros, automáticos e regulares para a cobertura da assistência à saúde, aos Estados, Distrito Federal e Municípios até que seja regulamentada a aplicação de critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080".

Esta NOB constituiu-se de três pontos básicos: o financiamento do SUS pelo orçamento do Inamps; acompanhamento, controle e avaliação; disposições gerais. Os conselhos de saúde estão inseridos no segundo ponto, com a atribuição de

> aprovação dos Planos de Saúde, em suas áreas de abrangência, e de atuar na formulação da estratégia de controle da execução da política de saúde, nos aspectos econômicos e financeiros e na fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde. (NOB 01/SUS/91)

Os conselhos de saúde tiveram seu papel de controle sobre os recursos repassados às esferas estadual e municipal bem definido quando foram incluídas no item de acompanhamento, controle e avaliação da NOB/91. Porém, na realidade os recursos de investimentos em saúde, que segundo essa norma deveriam ser pleiteados de acordo com os planos de saúde aprovados nos conselhos de saúde, foram liberados em 1991 e 1992, salvo raras exceções, por solicitação de deputados e senadores, não obedecendo a qualquer critério técnico de necessidade e prioridade (Oliveira Júnior, 1992). Por sua vez, Gilson Carvalho (1992) mostra que a prática do Congresso Nacional na aprovação da Lei Orçamentária sempre foi a de pulverizar recursos de investimentos em saúde pelos municípios, com base em critérios clientelistas: só no ano de 1991, 4/5 destes recursos do Ministério da Saúde já vieram 'carimbados' na Lei Orçamentária, ou seja, com destinação previamente definida em negociações de parlamentares.

Segundo esse autor, o essencial da proposta de financiamento do Governo Federal contemplada na NOB/91 foi o pagamento por produção de serviços, tanto do setor público como do privado contratado. O estabelecimento de uma relação de compra e venda de serviços entre o Inamps e as esferas subnacionais reitera a velha prática convenial, em que os municípios são prestadores e a gestão do SUS continua muito centralizada no nível federal. Assim, o sistema de transferência de recursos às esferas estaduais e municipais de governo, instituído com essa norma, fere tanto os princípios descentralizadores como os critérios de partilha dos recursos[50] estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde.[51]

A segunda NOB instituída foi a de 1993, aprovada pela portaria nº 545 do Ministério da Saúde, em 20 de maio de 1993, quando Jamil Haddad assumia a pasta.[52] A referida portaria define que a NOB/93 "regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de âmbito do Sistema Único de Saúde".

A NOB/93 nasce em uma conjuntura favorável ao processo de descentralização. Em dezembro de 1992, o Movimento Municipalista de Saúde[53] consegue indicar um de seus membros para um dos postos mais estratégicos do Ministério da Saúde, o Departamento do SUS.[54] Nessa época, o SUS era concebido como um simples departamento da estrutura do Ministério da Saúde, dentro da perspectiva contrária à sua unificação e descentralização vigente no governo anterior. Logo depois, foi constituído pelo Ministério da Saúde um grupo técnico para a condução da política de descentralização, denominado Grupo Especial de Descentralização (GED), com participação formal do Conass, Conasems e CNS (Goulart, 1996).

O GED conduziu a proposta de descentralização do Ministério da Saúde elaborando um documento – A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei – que foi discutido por vários setores da área da saúde e posteriormente transformado na NOB 01/SUS/93, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Outro fato importante para o impulso do processo de descentralização, anterior à NOB/93, foi a realização, em agosto de 1992, da IX CNS –, que, com o tema Saúde: municipalização é o caminho, provocou nas suas etapas municipais e estaduais uma ampla circulação de informações sobre a municipalização da saúde e o controle social. Nesse período ficou em evidência a luta organizada em defesa do SUS e dos seus princípios por parte dos secretários municipais de Saúde congregados no Conasems e nos respectivos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), que são suas coordenações estaduais. Eles se envolveram em todos os processos que impulsionaram a municipalização e tornaram-se seus atores protagonistas, inclusive quando o presidente nacional da entidade coordenou a IX CNS.

A NOB/93 regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de âmbito do SUS e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor.

A portaria do Ministério da Saúde que institucionaliza essa NOB considera que "a construção do SUS é um processo de responsabilidade do Poder Público, e orienta-se pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde e deve estar submetido ao controle da sociedade" (Portaria nº 545, de 20/05/93). Observa-se, no conteúdo dessa portaria, que a descentralização deve ser submetida ao controle social.

O texto da NOB/93 inclui entre seus pressupostos que a descentralização implica, entre outros requisitos, controle social, e que o estabelecimento de uma nova prática na saúde "requer a existência e funcionamento regular dos conselhos de saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social".

Os conselhos de saúde são tratados de forma especial no item 2 dessa NOB, como foros deliberativos do gerenciamento do processo de descentralização. Tal gerenciamento tem como eixo o planejamento integrado em cada esfera de governo com foros de negociação, que são as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), e foros de deliberação, que são os conselhos de saúde. As comissões intergestores são instâncias privilegiadas de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Os conselhos estadual e municipal são considerados como instâncias permanentes e deliberativas que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política estadual e municipal de saúde respectivamente, com composição e atribuições previstas em lei estadual e municipal, observando o disposto na Lei 8.142, de 1990 (NOB 01/SUS/93).

Apesar das atribuições das comissões intergestores e dos conselhos estarem bem definidas e diferenciadas na NOB/93, na prática tem havido uma confusão de papéis. Algumas CIBs têm desempenhado o papel deliberativo, atribuição dos conselhos, em aspectos que não são apenas técnico-operacionais.

Essa confusão de papéis foi ponto de discussão da X CNS. Suas propostas expressaram a necessidade de se definirem, com clareza, as competências e os objetivos das CIB e das CIT, particularmente no que diz respeito à sua relação com os conselhos de saúde. Naquela conferência, ficou definido que essas comissões deveriam:

- funcionar como fóruns permanentes de discussão, negociação, pactuação e implementação da descentralização, regionalização e hierarquização, de acordo com estratégias definidas pelos respectivos conselhos de saúde;
- ter atuação restrita a aspectos técnico-operacionais, com abertura das reuniões à participação de conselheiros, na qualidade de ouvintes, e divulgação prévia de cronograma e pautas;
- submeter as questões de Política de Saúde ao controle social dos Conselhos de Saúde, que têm poder deliberativo. (Relatório final da X CNS/96:25)

O fluxo decisório abordado na NOB/93 requer uma articulação dinâmica entre esses foros, que atribua aos conselhos a decisão máxima em cada esfera de governo:

> Todos os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite. Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido à Comissão Tripartite. Caso

> alguma das partes considere-se lesada pela decisão, quer da Comissão Tripartite, quer do Conselho Estadual de Saúde, a questão poderá ser levada ao Conselho Nacional de Saúde para sua resolução. (NOB/SUS 01/93)

O Conselho Nacional de Saúde é a instância máxima de deliberação no caso de haver impasses na esfera do SUS. O problema que se coloca é saber o que é operacional no SUS – e deve, portanto, ser tratado pelas comissões intergestores – e o que não é.

Outro ponto importante que essa norma introduziu, quando determinou que o financiamento das atividades ambulatoriais e hospitalares com recursos da União passa direta ou indiretamente pela aprovação dos conselhos, foi a possibilidade de os conselhos controlarem o que é repassado à rede privada: tanto a programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais, que é produto de negociações na CIB, deve ser aprovada pelos conselhos municipais e referenciada pelo conselho estadual, quanto os critérios de programação dos quantitativos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) devem ser aprovados pelos conselhos de saúde (NOB 01/SUS/93).

Vale destacar que, na NOB/93, o pleno funcionamento dos conselhos é requisito para a descentralização em qualquer condição de gestão. Pois nas três condições de gestão do processo de municipalização – incipiente, parcial e semiplena –, o município deve "dispor de Conselho Municipal em funcionamento comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões" (NOB 01/SUS/93). Em função desse pré-requisito, os conselhos de saúde se multiplicaram em todo país a partir de 1993.

Apesar do grande impulso ao processo de municipalização dado a partir dos processos de discussão que antecederam e culminaram com a NOB/93, esta apresenta limites e contradiz o definido nas leis orgânicas da saúde, no que diz respeito à distribuição de recursos ainda pautados pela produção de serviços.

Mendes (1996:198) observa que a NOB/93 "não obedeceu às determinações legais contidas na Lei 8.080/90 no que concerne à distribuição dos recursos e não se preocupou em instituir mecanismos que levassem à eqüidade". Segundo ele, os resultados dessa NOB são questionáveis no concernente à equidade, por utilizar a produção de serviços e os valores médios históricos como critérios distributivos centrais, que são regressivos "porque são determinados pela capacidade instalada existente, a qual, por sua vez, decorre da concentração relativa do poder político e econômico. O resultado disso tudo é um sistema iníquo, entre estados e intra-estados" (Mendes, 1996:198).

A NOB/93 não contempla a modalidade de gestão plena, apenas a prevê por causa da forma de repasse de recursos adotada, por teto de produção. Para se alcançar a gestão plena é preciso passar do critério de pagamento por produção para o critério populacional (*per capita*). Ao limitar-se ao repasse pela velha lógica de produção de serviços, essa NOB transforma estados e municípios em meros prestadores de serviços. Porém, com o decreto presidencial fundo a fundo, publicado em 30/08/94, facilitou-se o repasse direto dos recursos do FNS para o Fundo Estadual de Saúde (FES) e para o Fundo Municipal de Saúde (FMS).[55]

Conforme Franco (1997), em fins de 1994 foram habilitados na condição de gestão semiplena os primeiros 24 municípios, que passaram a assumir a gestão de todos os serviços assistenciais e algumas ações de vigilância à saúde e a receber seus recursos diretamente do FNS, de acordo com o teto previamente definido nas CIBs.

Assim, com a NOB/93 introduziu-se, como forma de financiamento, a programação das atividades para a gestão semiplena. Segundo texto do Conass,[56] os 102 municípios habilitados na gestão semiplena até 1996 demonstraram grande capacidade na gestão, na mudança do modelo assistencial e na efetiva participação da comunidade, por meio dos conselhos de saúde.

A última NOB/96, publicada na sua primeira versão em 2 de setembro de 1996, foi ponto de discussão e polêmica durante a X CNS, que se realizou de 2 a 6 de setembro de 1996. A primeira crítica referia-se à data de sua publicação, às vésperas do maior evento nacional de saúde, o que não permitiu que suas propostas fossem incorporadas ao texto legal. A X CNS determinou um prazo de 60 dias para que a NOB/96 fosse revista, e suas deliberações a ela incorporadas. Essa NOB foi republicada, em sua nova versão, no Diário Oficial da União em 06/11/96, e só entrou em vigor em 15/05/97.

A NOB/96 "tem por finalidade primordial promover, consolidar e aperfeiçoar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes" (NOB 01/SUS/96). Com base na avaliação do estágio da descentralização do SUS, a NOB/96 começou a nascer em abril-maio de 1995, quando a CIT voltou a se reunir para formular uma programação integrada das ações assistenciais, pactuando consultas, exames etc., na tentativa de romper com a idéia das séries históricas anteriores. Em dezembro de 1995, as diretrizes da NOB/96 foram levadas ao CNS, que realizou posteriormente cinco reuniões ordinárias e duas extraordinárias para discuti-las.[57]

Essa norma apresenta duas condições de gestão: a gestão plena de atenção básica, em que o município terá o repasse fundo a fundo para o financiamento de todas as ações básicas de saúde, definido por um valor

per capita; e a gestão plena do sistema municipal de saúde, em que o município terá o repasse de recursos fundo a fundo, para o financiamento de toda a assistência em saúde (Franco, 1996).

Observando pontos de diferença entre a NOB/96 e a NOB/93, Franco (1996) declara que a NOB/96 redefine os papéis do governo estadual e federal em relação ao sistema de saúde, alargando as atribuições dos municípios, e, no financiamento, aumenta a massa de recursos que é repassada direta e automaticamente do FNS para o FES e o FMS. Scotti (1996) aponta como um dos objetivos gerais dessa NOB o aumento da participação em percentuais da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração pelos serviços produzidos.

De acordo com o processo de financiamento previsto na NOB/96, o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar deverá ser feito por transferência regular e automática, fundo a fundo, por meio do Teto Financeiro da Assistência do Município (Tfam) e pela remuneração por serviços produzidos. Este Tfam é baseado na Programação Pactuada Integrada (PPI), negociada na CIB. Compõem o Tfam o Piso Ambulatorial Básico (PAB), calculado pela multiplicação da população do município por um valor *per capita* nacional para custear os procedimentos de atenção básica, e o incentivo ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), que são adicionais calculados sobre o PAB de acordo com a porcentagem da população coberta por estes programas.

O custeio da assistência ambulatorial e hospitalar pela remuneração dos serviços produzidos consiste no pagamento direto aos prestadores públicos ou privados, mediante a apresentação de faturas, por serviços realizados com prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério da Saúde, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Estão incluídas nesse tipo de remuneração as internações hospitalares com base nos documentos de autorização e fatura – as AIHs – e os procedimentos ambulatoriais de alto custo/complexidade, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (Apac). Os valores desses procedimentos são apurados pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e pelo Sistema de Informações de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (Siac/SUS).

Para os municípios que estão na condição de gestão plena do sistema municipal, nos termos da NOB/96, ou na condição de gestão semiplena, nos termos da NOB/93, os valores dos serviços produzidos citados fazem parte do Tfam definidos pelas CIBs, sendo repassados automaticamente fundo a

fundo. Porém, para os municípios que não se encontram em tais condições de gestão, o pagamento é feito pelo Ministério da Saúde, diretamente aos prestadores de serviços.

As ações de vigilância sanitária têm um Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVS), e as ações de epidemiologia e de controle de doenças transmissíveis têm um Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). O custeio dessas ações pode ser mesclado por transferência regular e automática fundo a fundo e por remuneração de serviços produzidos.

Na NOB/96, chamamos a atenção para dois pontos importantes em relação ao financiamento dos serviços de saúde. O primeiro é que essa norma, apesar de reduzir a transferência de recursos por produção de serviços, introduzindo a transferência direta fundo a fundo, por critérios exclusivamente populacionais (valor *per capita* nacional), conserva, ainda, no que diz respeito às atividades de assistência hospitalar e ambulatorial de alto custo/complexidade, a lógica de repasse por produção de serviços.[58]

O repasse por produção de serviço preservado na NOB/96 vai de encontro aos critérios de repasse estabelecidos, embora não normatizados, pelas leis 8.080/90 e 8.142/90. Essa forma de pagamento por prestação de serviços privilegia o tratamento da doença, e não a promoção da saúde, contradizendo o modelo assistencial preconizado na Lei Orgânica 8.080/90, que tem como princípio a integralidade das ações de saúde. O pagamento por produção de serviços prioriza as ações curativas em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde.[59]

O segundo ponto diz respeito ao incentivo financeiro dado aos municípios que melhor estruturarem o PSF e o Pacs, que são programas verticais, ou seja, funcionam de cima para baixo, com suas coordenações, centralizadas no Ministério da Saúde, definindo as suas ações. Esse modelo assistencial privilegia uma ação focalizada na população mais carente, como preconiza o projeto neoliberal. O PSF apresenta como problema adicional a contratação de profissionais com diferenciações salariais, o que fere a isonomia entre profissionais que atuam numa mesma rede de serviços.[60]

Isso demonstra a implementação de um modelo sanitarista que tem como prioridades campanhas e programas verticalizados. Cohn (1996) afirma que alguns especialistas acham que 80% dos problemas de saúde da população brasileira podem ser resolvidos pelo atendimento de primeira linha (rede básica de serviços de saúde: centros de saúde, ambulatórios etc.). Por isso, não se pode desprezar a atenção básica; pelo contrário, deve-se inseri-la numa lógica de promoção da saúde, e não tratá-la com programas isolados. Sobre isso, Gastão Wagner Campos faz alguns questionamentos pertinentes:

> Por que apenas o médico de família deveria trabalhar com vínculo, cuidado integral, atenção domiciliar etc.? O que fazer com a imensa rede de Centros de Saúde criada nos últimos vinte anos? Ou seja, por que não poderíamos criar uma verdadeira porta de entrada baseada nesta rede e nos médicos de família, nela integrados, e não dela separados, como reza o projeto normativo do Ministério? Por que não delegar a generalistas, pediatras e às equipes dos centros de saúde o poder de internar, o poder de solicitar atendimento especializado etc.? Por que não estender as diretrizes do médico de família para todos os profissionais que trabalhem na rede básica? Senão, por que conservar esta imensa e dispendiosa rede? Para transformá-la em ambulatórios de baixa resolutividade, mas com capacidade de pronta atenção, como o está fazendo o PAS em São Paulo? (Campos, 1996:24)[61]

Endossando os dois pontos há pouco levantados em relação às formas de financiamento preconizadas na NOB/96, o documento Uma Agenda para a Saúde: contribuições para a X CNS – elaborado por entidades, instituições e pessoas que defendem a reforma sanitária e o SUS para subsidiar os debates que se travariam naquela conferência – aponta que a "vinculação de recursos a 'programas' e a dicotomia entre as ações médico-hospitalares e as 'básicas' nela contidas implica uma concepção que constitui um retrocesso inaceitável, tanto no conceito de integralidade das ações, como na descentralização e autonomização da gestão".

Destaca-se que o incentivo a programas setorizados, voltados apenas para algumas parcelas da população, integra as diretrizes do Banco Mundial e a lógica do projeto neoliberal, de priorizar programas focalizados e setoriais voltados para bolsões de pobreza, atenuando problemas que a dinâmica do mercado não consegue resolver.

Na prática, o que se verifica é o desvirtuamento de uma proposta – o modelo assistencial preconizado pelo SUS –, e sua adequação às necessidades de um modelo que, ao invés de dirigir-se à expansão dos serviços para a maioria da população, torna-se a expressão do reforço da proposta neoliberal em curso (Correia, 1996a).

No que se refere ao controle social, a NOB/96 inclui dois itens. O item 2 – Finalidade – aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine alguns pontos, entre eles "os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social" (NOB 01/SUS/96). O item 9 – Bases para um novo modelo de atenção à saúde – trata da

> consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS, propiciando uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e

realizadora para as pessoas, e que acontece não somente nas instâncias colegiadas formais – Conferências e Conselhos – mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento. (...) Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS MUNICIPAL, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. (NOB 01/SUS/96)

O vínculo com os usuários é tratado como condição para a participação e o controle social. Ao se incentivar esse vínculo por meio do cartão SUS municipal, além das instâncias colegiadas formais – conselhos e conferências –, despolitiza-se em parte a participação no SUS. A proposta de participação social apresentada no modelo assistencial dessa norma distorce sua concepção original de controle da sociedade sobre as ações do Estado, por vincular o cidadão ao sistema.

Em outros itens, como o 11 – Programação, Controle, Avaliação e Auditoria –, a NOB/96 recupera as funções de controle social dos conselhos, por prever que esses aprovarão as programações dos municípios e dos estados e os critérios e parâmetros para esta programação definidos pelas comissões intergestores.

A comprovação do funcionamento do conselho municipal de saúde continua como requisito para a habilitação do município em qualquer condição de gestão – gestão plena da atenção básica ou gestão plena do sistema municipal.

Comparando o tratamento dado ao controle social nas NOB/93 e NOB/96, observamos que, na primeira, ele foi tratado dentro do modelo de atenção à saúde, pois está no corpo da proposta; na NOB/96 ele apareceu menos, e na perspectiva de vínculo com o usuário. O que estas duas NOB têm em comum é considerar os conselhos de saúde como requisito para qualquer condição de gestão.

O controle social tem que ser tratado como eixo de qualquer proposta de descentralização do SUS, pois é isto que o arcabouço legal preconiza. E, mediante as transformações em curso na relação entre Estado e sociedade, com a criação de canais de participação institucionalizados – que podem se constituir em espaços de mudança da gestão da 'coisa pública' –, abre-se a possibilidade de que o controle da sociedade sobre a esfera pública, ou seja, o controle social sobre o que é de todos, se efetive.

As NOBs têm cumprido a função – prevista na NOB/96 – de definir estratégias e movimentos táticos que reorientam a operacionalidade do SUS, principalmente no que concerne ao princípio da descentralização. Por meio delas, tem se tentado regulamentar as leis orgânicas da saúde. Ao adotarem, porém, a lógica de produção de serviços e ao separarem as ações

básicas das médico-hospitalares, as NOBs têm distorcido o conteúdo das referidas leis, indo de encontro aos princípios de equidade e de integralidade. Primeiro, porque o pagamento por produção de serviços está dentro da lógica do projeto neoliberal; ele beneficia, de certa forma, a rede privada conveniada, que continua tendo lucro às custas de recursos públicos, e abre flancos para superfaturamentos, desvios e corrupções. Segundo, porque o incentivo financeiro dado aos municípios que estruturam melhor os programas que são verticalizados e dirigidos à população de baixa renda, dentro das ações básicas de saúde, cumpre a lógica da focalização do projeto neoliberal, ou seja, ações voltadas para os grupos mais pobres, com vistas à contenção de distúrbios sociais.

Cada NOB elaborada teve um perfil diferenciado, avançando ou retrocedendo em alguns pontos em relação à consolidação do SUS. Elas são resultado de discussões e negociações de vários interesses em jogo na política de saúde, em diferentes conjunturas. São esses interesses que colocam limites à operacionalização do SUS, via normatizações (NOBs). Em relação ao processo de descentralização, no entanto, observam-se avanços a cada NOB.

A descentralização deve implicar em mais poderes, autonomia, responsabilidades e recursos para estados e municípios. Deve estar acompanhada de transparência na gestão e participação efetiva da população, para o desenvolvimento de uma política de saúde voltada para os interesses da maioria da população, que garanta a universalidade e a qualidade dos serviços. Daí a importância de os conselhos e conselheiros se instrumentalizarem para o exercício do controle social.

Capítulo 4

O Controle Social sobre o Fundo Municipal de Saúde: o Conselho de Saúde de Santana do Ipanema

Caracterização de Santana do Ipanema e o Processo de Municipalização da Saúde

O município de Santana do Ipanema foi criado em 24 de abril de 1921 e está localizado na microrregião de Batalha, no sertão alagoano. Com área geográfica de 221 km^2, limita-se com os municípios de Poço das Trincheiras, Canapi, Inhapi, São José da Tapera, Carneiros, Olivença e Dois Riachos. Fica a 210 km da capital. Um dos problemas que atingem o município há várias décadas é a seca, que prejudica os pequenos produtores, mas serve há muito tempo como forma de atrair recursos extras, caracterizando a 'indústria da seca'.

A população do município é de 38.215 habitantes (IBGE, 1997). O número de eleitores é de 19.211, e a renda *per capita* está em torno de ¼ do salário mínimo. As principais ocupações e atividades econômicas são a lavoura, a pecuária, o comércio, a saúde e a educação. A taxa de desemprego é de 60%, e a de empregados no setor informal é de 43% (Relatório de Gestão, 1993-1995).

Na área da educação, o município dispõe de 12.802 vagas para o 1º grau e 392 vagas para o 2º grau, distribuídas entre escolas municipais, estaduais e particulares. O índice de analfabetismo é de 40%, a taxa de evasão escolar, de 30%, a porcentagem de crianças fora da pré-escola, de 88%, e a de crianças fora da escola primária, de 50% (Perfis Municipais. Programa Mundial de Alimento, 1994). Em Santana do Ipanema, há uma instituição de nível superior, a Escola Superior do Sertão, vinculada à Fundação Universidade Estadual de Alagoas, que oferece os cursos de zootecnia, com 80 vagas, e pedagogia, com 40 vagas.

Existe um Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, criado em 15 de abril de 1994 e oficializado pela Lei 6.171/95, com o objetivo de executar uma política básica de atendimento. Em abril de 1995, foi criado o

Conselho Tutelar, formado por dez representantes da sociedade civil escolhidos por votação direta, e tem como objetivos resolver problemas que envolvem crianças e adolescentes e lhes dar assistência por meio das políticas básicas de adoção, tutela, registro e atendimento psicossocial.

O Quadro Político

O quadro político é de tradição conservadora. Os prefeitos sempre pertenceram a partidos de direita. A Câmara Municipal foi ocupada no período de janeiro de 1993 a dezembro de 1996 por cinco vereadores do PSC, um do PTR, um do PL, um do PDS, um do PFL e um do PSDB.

O prefeito que governou entre 1993 e 1996 é natural de Santana e já havia ocupado cargos de confiança em alguns governos. Tinha sido eleito deputado estadual durante o governo Collor, que era seu adversário político. Porém, apoiou a candidatura de Geraldo Bulhões, seu conterrâneo, o qual, entre 1991 e 1994, governou Alagoas com o apoio de Collor. Em 1997, este mesmo prefeito integrou o secretariado do governador em exercício, Manuel Gomes de Barros, vice de Divaldo Suruagy.

O estado de Alagoas sempre teve um sistema político marcado por duas características: o coronelismo no meio rural e o clientelismo no meio urbano. As articulações políticas de direita têm um perfil corporativista/patrimonialista, baseando-se em relações de favorecimento. A prática política do 'é dando que se recebe' transforma o Estado em um ente privado, negando-lhe a condição de ente público (Araújo, 1994). Essas articulações da direita constituem os 'currais eleitorais' que, sob o comando de um chefe político-partidário que mantém o domínio econômico e político, sempre dividiram o estado de Alagoas.

A estrutura técnico-burocrática estadual tem sido utilizada para a manutenção do poder de grupos que se apropriam da máquina estatal, colocando-a à disposição dos grupos protegidos em níveis estadual e municipal, ou mesmo à disposição de amigos e parentes. A terceirização, subsidiando o setor privado com contratações superfaturadas, sempre foi um mecanismo utilizado pelo poder Executivo para manter o tráfico de influência, o suborno e a prática clientelista de privatização do espaço público. E, mais recentemente, o estado sofreu mais um golpe em seus cofres, com a venda de títulos públicos, que tem resultado em uma crescente dívida, de valores exorbitantes, para com a União.

Vale ressaltar que este panorama político vem mudando a partir da década de 90, com as coligações de esquerda vencendo as eleições em alguns municípios alagoanos, inclusive na capital, por duas vezes consecutivas – de

1992 a 2000. Essas coligações também venceram em 1998, pela primeira vez, as eleições para governador do estado e para uma vaga no Senado.

Organizações e Movimentos Sociais

As organizações e movimentos sociais de Santana do Ipanema,[62] de pequeno poder de pressão política, apresentam características bastante diferenciadas. Estão praticamente todos representados no Conselho Municipal de Saúde.

Uma organização característica do município é a das 52 associações comunitárias da zona rural. A origem dessas associações está ligada à época (década de 80) em que a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater) incentivava e apoiava associações de pequenos agricultores, ou, ainda, programas institucionais, como o Programa de Apoio ao Pequeno Produtor Rural (PAPP). Atualmente, as demandas dessas associações[63] estão relacionadas às linhas de financiamento do PAPP. É também com recursos deste programa que a prefeitura tem apoiado essas associações, instalando luz elétrica na zona rural e construindo barragens. E, por meio de convênios com o Ministério da Agricultura, a prefeitura tem distribuído sementes. O apoio político da administração municipal que ocupou o poder entre 1993 e 1996 veio principalmente dessas associações, que foram acompanhadas de perto pelo vice-prefeito. A utilização dos recursos do PAPP serviu para legitimar esse governo municipal.

Foi criado um Fundo Municipal das Associações Comunitárias (Fumac) e um conselho[64] que acompanha os trabalhadores e define as localidades a serem favorecidas com os recursos deste fundo. Trata-se de um fundo derivado do PAPP, sendo uma instância municipal, que, por sua vez, recebe recursos do Banco Mundial. As decisões do Conselho da Fumac são encaminhadas ao PAPP.

Existem quatro associações de moradores, das quais três foram criadas por iniciativa de vereadores. Uma delas se desvinculou posteriormente, e as outras duas mantiveram a relação de apadrinhamento político.

Na única associação cujos dirigentes afirmam ter sido criada com independência política, quase todos os membros da diretoria pertencem ao Partido dos Trabalhadores. Ela é autofinanciada com recursos arrecadados em bingos, com os quais construíram sua sede, onde funciona uma pequena escola para alfabetização.

Essas associações têm, em geral, uma diretoria que desenvolve algumas atividades: ciclos de palestras, cursos profissionalizantes e ações de apoio à Igreja, como catequese, preparação para a crisma, trabalhos da Pastoral da Criança, entre outros. Os moradores não se mobilizam em torno

de reivindicações; as ações, assistencialistas, são levadas a cabo por iniciativa das diretorias dessas associações.

O único sindicato existente em Santana do Ipanema é o dos trabalhadores rurais: criado na década de 70, contava com 4.840 associados até o início de 1997. É ligado à Federação dos Trabalhadores da Agricultura (Fetag) e à Confederação dos Trabalhadores da Agricultura (Contag). A diretoria e os delegados sindicais reúnem-se mensalmente. As lutas locais se travam em torno de empréstimos agrícolas e de assistência técnica e financeira ao pequeno trabalhador. Para fortalecer algumas de suas lutas, as associações comunitárias – constituídas de trabalhadores rurais que atuam isoladamente em áreas geográficas limitadas – se agrupam no movimento sindical.

O Sindicato dos Trabalhadores Rurais é considerado o único movimento social politizado no que concerne à defesa dos interesses dos trabalhadores. Porém, está mais fraco e com pouco poder de mobilização: sua diretoria é eleita, mas os membros que a integram são os mesmos há várias gestões. Suas atividades têm um caráter assistencialista e sua pauta de reivindicação é corporativista.

As organizações religiosas são protestantes e católicas; estas últimas têm atuação mais expressiva nas pastorais. Entre as pastorais, destaca-se, em nível de organização e mobilização, a Pastoral da Criança, que desenvolve ações para reduzir a mortalidade infantil nas periferias, envolvendo quase 800 famílias. A Pastoral da Criança articula-se com a SMS, encaminhando as crianças que precisam de medicamentos. Algumas de suas coordenadoras tornaram-se agentes comunitárias de saúde, ao serem aprovadas no concurso realizado pela SMS e aproveitadas pela experiência acumulada na área.

Existem dois clubes de serviços organizados em Santana, o Rotary e o Lions, que desenvolvem atividades de filantropia entre as comunidades carentes.

A Câmara de Dirigentes Lojistas (CDL) existe no município desde 1988 e, a partir de 1994, articulou-se ao Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae)[65] em campanhas de vendas. O CDL participa do Comitê Municipal de Emprego e Renda, que, com financiamento do Banco do Nordeste do Brasil (BNB), desenvolve projetos de geração de renda.

O Sistema de Saúde e o Perfil Epidemiológico

O sistema de saúde é composto por nove postos de saúde, localizados na zona rural, dois centros de saúde, um centro de assistência à saúde da mulher e um Núcleo de Atenção Psicossocial (Napsi), além de ações no controle de doenças transmitidas por vetores (em parceria com a Fundação Nacional de Saúde), vigilância sanitária, Programa Leite é Saúde, Programa

de Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, serviço de apoio ao usuário e assistência farmacêutica. Os serviços de apoio ao diagnóstico são garantidos pelo hospital regional e pela compra de serviços de um laboratório privado de patologia clínica localizado na sede do município, e pelo intercâmbio estabelecido com os municípios de Palmeira dos Índios (raios X) e Arapiraca (traumato-ortopedia). Os casos que demandam os demais exames e terapias especializadas são encaminhados para a capital do estado. Para internações e atendimentos de urgência, o município conta com o Hospital Regional do Estado, que dispõe de 65 leitos e atende nas clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica e obstétrica. Para completar a oferta de consultas médicas, o município recorre à compra de serviços de dois médicos clínicos credenciados no SUS (Plano Municipal de Saúde, 1996-97).

O perfil epidemiológico reflete a precariedade das condições de vida da população: as doenças infecciosas e parasitárias representam 21,15% das doenças registradas, seguidas das doenças do aparelho respiratório (16,28%) e das doenças de pele e tecido subcutâneo (11,24%). As escabioses lideram as doenças de notificação compulsória com 37,28%, seguidas de caxumba, com 20,97%, e de doenças diarréicas, com 18,45%. A mortalidade no município não tem um diagnóstico preciso das causas, em virtude do grande percentual de óbitos sem assistência médica, que gira em torno de 80%. As *causas mortis* registradas com maior freqüência são as doenças cardiorrespiratórias, seguidas de infecções respiratórias agudas e acidente vascular cerebral (AVC) (Plano Municipal de Saúde, 1996-97).

A mortalidade infantil apresentou um declínio no período de 1993 a 1995, de 80 por 1.000 para cerca de 70 por 1.000, embora não se possa precisar estes dados, devido ao sub-registro de nascimentos e de óbitos de menores de um ano (Plano Municipal de Saúde, 1996-97).

Quanto aos indicadores sanitários, a zona urbana é servida por abastecimento d'água, energia elétrica e coleta de lixo, e em 20% da cidade existe saneamento básico. Na zona rural, 80% das comunidades contam com energia elétrica, mas não dispõem de água encanada, tendo de utilizar açudes e barreiros para o consumo, e o lixo e os dejetos são despejados, em sua quase totalidade, a céu aberto.

A Secretaria Municipal de Saúde

A secretaria municipal de Saúde de Santana do Ipanema foi criada em 16 de junho de 1993, pela Lei Municipal 590. Sua coordenação ficou a cargo do vice-prefeito, que instalou e organizou a sua sede e, com o apoio dos técnicos da IV Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria de Estado

da Saúde (Sesau), criou o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde, iniciando a preparação para a municipalização.

O impulso ao processo de municipalização foi dado pela realização, em 1992, da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o tema Saúde: municipalização é o caminho. De acordo com entrevista realizada com o vice-prefeito, à época secretário municipal de Saúde, a secretaria desenvolveu um trabalho técnico voltado para a municipalização do setor, em consonância com as decisões da IX CNS. A municipalização se formalizou em março de 1994. [66]

O Conselho de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal 597, de 21 de dezembro de 1993. Sua instalação oficial aconteceu no dia 19 de janeiro de 1994, com a posse dos conselheiros pelo prefeito e vice-prefeito.

A organização do conselho ganhou forma em duas plenárias municipais de saúde, convocadas pela SMS, nas quais foram discutidos os seguintes pontos: o que é o CMS, como seria sua composição, que entidades deveriam compô-lo. Os integrantes foram indicados livremente por cada entidade, sem que, segundo o gestor, tenha havido qualquer interferência de sua parte.

A composição do conselho obedece ao critério de paridade da Lei 8.142/90. Ele é constituído por 12 membros titulares e 12 suplentes, distribuídos da seguinte forma: 50% de usuários (6), 25% de trabalhadores da saúde (3), 25% do governo e prestador de serviço de saúde (3). Tal composição atende às deliberações da IX CNS/92 e às recomendações da Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde/92. Sua formação inclui um representante da secretaria municipal de Saúde, um da secretaria municipal de Educação, um representante da IV Coordenadoria Regional de Saúde, três dos trabalhadores da saúde (sendo dois de nível superior e um de nível médio/elementar), um representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, um representante do movimento religioso, um dos clubes de serviço, um das associações de moradores e dois representantes das associações comunitárias.

A gestão do conselho é de dois anos e a presidência, conforme regimento interno aprovado em plenária, é exercida pelo secretário municipal de Saúde. Esse regimento foi alterado ao final da última gestão da secretaria municipal de Saúde, em 1996, tornando o cargo de presidência eletivo entre os integrantes.

A primeira gestão do conselho durou de 19 de janeiro de 1994 a 26 de março de 1996. A segunda teve início em 27 de março de 1996, com a

Portaria nº 15/96, que designou seus membros. Nessa passagem, metade do conselho foi renovada e outra metade se manteve, apenas alterando-se nas posições de titulares e suplentes. Dos titulares, só foram substituídos quatro, cerca de 30% do total; entre os suplentes foram renovados oito, ou seja, aproximadamente 60% do total.

O Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde foi criado, oficialmente, pela Lei 598, de 21 de dezembro de 1993, e começou a funcionar em maio de 1994, quando recebeu os primeiros recursos do SUS. "No período de dezembro 1993 a maio de 1994, todos os investimentos feitos na área da saúde foram com recursos próprios da Prefeitura" (Relatório de Gestão 1993-1995).

Toda a gestão financeira do SUS no município é realizada por meio deste fundo, composto de quatro contas bancárias, nas quais se movimentam os recursos oriundos do Ministério da Saúde, da prefeitura e de convênios.

A lei que instituiu o FMS diz que seu objetivo é "criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações da saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal da Saúde" (Lei Municipal 598, de 21/12/93).

Conforme essa lei, o secretário municipal, entre suas atribuições, deve:

I - Gerir o Fundo Municipal de Saúde e estabelecer política de aplicação de seus recursos, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde;

II - Acompanhar, avaliar e decidir sobre a realização das ações previstas no Plano Municipal de Saúde;

III - Submeter ao Conselho Municipal de Saúde o Plano de Aplicação, a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias;

IV - Submeter ao Conselho Municipal de Saúde as demonstrações mensais da Receita e Despesa do Fundo;

V - Encaminhar à Contabilidade Geral do Município as demonstrações mencionadas no inciso anterior.

Assim, o gestor do fundo é o secretário municipal de Saúde, que, juntamente com o tesoureiro da prefeitura, é o responsável pelas assinaturas dos cheques. Mensalmente, as demonstrações de receita e despesa são encaminhadas à tesouraria da prefeitura, setor de contabilidade, e ao CMS para apreciação e aprovação (Relatório de Gestão 1993-1995). Este último também aprova o Plano de Aplicação Financeira. O FMS tem como fontes financiadoras o Ministério da Saúde, a prefeitura municipal e, eventualmente, os convênios firmados.

A cota do município referente aos recursos vindos do Ministério da Saúde,[67] ou seja, o teto orçamentário do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), foi estipulado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de acordo com os critérios estabelecidos conforme uma pontuação na qual é destacada a produção de serviços. Os recursos relativos a internamentos hospitalares – Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) – são repassados diretamente aos hospitais prestadores de serviços de saúde, ficando a cargo da SMS apenas o seu controle, feito por meio da emissão das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs).

O município de Santana do Ipanema dispunha de uma cota mensal de 283 AIHs. Vinte por cento ficavam na central de AIH do estado e os 80% restantes ficavam na secretaria municipal para distribuição entre os hospitais prestadores de serviços de saúde, conforme os pedidos de internamentos hospitalares apresentados e autorizados (Relatório de Gestão 1993-1995).

Para administrar o intercâmbio de AIHs entre os municípios circunvizinhos, acontecia mensalmente uma reunião de seus representantes em Santana do Ipanema, em que, mediante a apresentação dos laudos, as autorizações eram pagas. Esta forma de organização foi incentivada pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de Alagoas.

O Teto Financeiro dos Municípios, de modo geral, deveria ser estipulado de acordo com a programação local, mas resultou de negociações políticas na CIB.

Esses recursos transferidos do Governo Federal para a saúde do município foram utilizados basicamente na manutenção da rede de serviços de saúde e na complementação do pagamento de pessoal (Plano Municipal de Saúde 1996-1997).

O montante de recursos provenientes da prefeitura para a saúde não estava definido na lei municipal de criação do fundo, nem existia, até então, lei federal que definisse a contrapartida de cada esfera de governo. Existiam apenas propostas de emendas constitucionais tramitando no Congresso Nacional no sentido desta definição.

Os recursos repassados pela prefeitura para o SUS foram utilizados para pagamento da folha de pessoal da secretaria municipal de Saúde e para outras despesas – como manutenção de veículos, combustível e contrapartida de convênios –, que são assumidas diretamente pela prefeitura (Relatório de Gestão 1993-1995).

Os recursos da secretaria municipal de Saúde obtidos por meio de convênios firmados com o Projeto Nordeste, o Programa Leite é Saúde, o Programa de Saúde da Família e a Fundação Nacional de Saúde foram utilizados de acordo com a definição da fonte financiadora, que especifica onde

estes devem ser aplicados (Relatório de Gestão 1993-1995 e Plano Municipal de Saúde 1996-1997).

Atuação dos Conselheiros

A atuação dos conselheiros, sobretudo no que concerne a seu envolvimento e compromisso com o exercício de seu papel, foi avaliada pela freqüência às reuniões do conselho e pela quantidade e qualidade de suas intervenções. A freqüência foi obtida com base nas assinaturas que constam nas atas, calculando-se, por entidade, seu percentual em relação ao número total de reuniões no período estudado – janeiro de 1994 a janeiro de 1997.

O levantamento numérico de intervenções foi feito por meio de consultas às atas, no referido período, tabelando-se o número total de intervenções e calculando-se o percentual destas para cada representação. A qualidade das intervenções foi avaliada após um apanhado, nas atas, dos assuntos abordados por cada representação em cada reunião, que são apresentados aqui de forma geral. Essas intervenções são classificadas como de aprovação, reclamação, solicitação/reivindicação, discordância, questionamento, cobrança e proposta.

A análise do exercício do controle social no Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema mostra o envolvimento da sociedade organizada nesta tarefa. Com base no estudo da freqüência dos conselheiros às 23 reuniões do CMS no período das duas gestões, construiu-se a seguinte tabela:

Tabela 4 – Freqüência dos conselheiros por entidade às reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema – janeiro de 1994 a janeiro de 1997

Entidades que compõem o CMS	Freqüência às reuniões (em %)		
	1ª gestão	2ª gestão	Média das duas gestões
Secretaria Municipal de Saúde	95	95	95
Secretaria Municipal de Educação	50	50	50
IV Coordenadoria Regional de Saúde	40	90	65
Trabalhadores da Saúde	90	90	90
Sindicato dos Trabalhadores Rurais	50	50	50
Movimento religioso	80	30	55
Clubes de serviços	50	50	50
Associações de moradores	80	80	80
Associações comunitárias	50	50	50

O gestor municipal da saúde esteve presente em 95% das reuniões; sua ausência foi justificada por motivo de doença. O gestor municipal da educação pouco freqüentou as reuniões; seu suplente compareceu a cerca de 50% das reuniões. O gestor estadual, representado pela IV Coordenadoria Regional de Saúde, não compareceu a nem 50% das reuniões no período da primeira gestão; na segunda gestão, na qual seus representantes foram substituídos, verificou-se que estes estiveram presentes em 90% das reuniões.

Entre os representantes dos trabalhadores da saúde, a freqüência varia: os mais assíduos, tanto na primeira como na segunda gestão, compareceram a 90% das reuniões.

A freqüência entre a representação de usuários varia de entidade para entidade. O representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais compareceu a mais ou menos a metade das reuniões no período das duas gestões. O representante do movimento religioso compareceu, durante a primeira gestão, a quase 80% das reuniões; na segunda gestão, sua freqüência diminuiu para 30%.

A representação dos clubes de serviço manteve baixa freqüência durante as duas gestões – cerca de 50%. Os representantes das associações de moradores mantiveram uma presença constante em aproximadamente 80% das reuniões do conselho.

Os representantes das associações comunitárias da zona rural estiveram presentes em apenas 50% das reuniões. Esses conselheiros atribuíram sua baixa freqüência à dificuldade de deslocamento da zona rural para a cidade, onde acontecem as reuniões.

Para a incidência de intervenções dos conselheiros nas reuniões registradas nas atas durante as duas gestões, elaborou-se a tabela que se segue:

Tabela 5 – Intervenção por entidade nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema – janeiro de 1994 a janeiro de 1997

Entidades que compõem o CMS	Intervenções nas reuniões nas duas gestões (%)
Secretaria Municipal de Saúde	48
Secretaria Municipal de Educação	1
IV Coordenadoria Regional de Saúde	10
Trabalhadores da Saúde	25
Sindicato dos Trabalhadores Rurais	1
Movimento religioso	1
Clubes de rerviços	1
Associações de moradores	10
Associações comunitárias	3

Verifica-se que o gestor municipal da saúde foi responsável por 48% do total de intervenções; na maioria das vezes, ele informou, propôs, esclareceu, prestou contas. Os representantes do gestor estadual responderam por 10% das intervenções e os representantes da secretaria municipal de Educação, por 1%. Os trabalhadores da saúde fizeram cerca de 25% do total das intervenções realizadas; os usuários, aproximadamente 16% das intervenções: destas, 10% foram feitas pelo representante das associações de moradores, cerca de 3% pelo representante das associações comunitárias da zona rural, e os 3% restantes distribuíram-se entre os representantes do sindicato rural, dos clubes de serviço e do movimento religioso.

Com base no relatado nas atas, observa-se que o secretário municipal de Saúde sempre iniciou as reuniões com informes sobre todo o trabalho desenvolvido e a ser desenvolvido pela secretaria – mudanças no acesso aos serviços com o cartão de matrícula, convênios firmados, ampliação na

rede física, campanhas, realização de cursos, encontros, elaboração e encaminhamento à Câmara de projetos de lei, liberação de verbas e solicitações das comunidades. Suas intervenções disseram respeito a tais informações e esclarecimentos, à prestação de contas mensal das receitas e despesas do FMS, a convites aos conselheiros para visitas aos postos e centros de saúde, assim como à discussão e votação, pelos conselheiros, de algumas decisões a serem encaminhadas, as quais, se aprovadas, são transformadas em resoluções.

Não há registro de intervenções dos representantes do gestor estadual durante a primeira gestão do conselho. Na segunda gestão as suas intervenções foram sempre em torno dos temas em pauta, apontando aspectos importantes, prestando esclarecimentos sobre a capacidade de pessoal. Esses representantes apresentaram também:

- discordância da demissão do pessoal contratado como serviço prestado pelo Hospital Estadual;
- discordância da mudança do regimento interno no que se refere à distribuição de vagas entre os trabalhadores da saúde do nível superior e médio;
- discordância do pagamento de pessoal da saúde com recursos do SIA/SUS sem a autorização do CMS;
- questionamento sobre a falta, em alguns meses, de repasse da contrapartida da prefeitura;
- proposição de modificação na lei do FMS, segundo a qual seria estabelecido no orçamento da prefeitura um percentual para a saúde.

Os representantes dos trabalhadores da saúde intervieram nas reuniões:

- solicitando informações sobre convênios, funcionamento de programas e ações previstas;
- cobrando coleta de lixo e melhores condições de atendimento nas unidades de saúde;
- questionando a formação de comissão no hospital sem a participação dos trabalhadores da saúde;
- propondo levantamento do patrimônio da SMS;
- questionando as fontes de dados do Plano Municipal de Saúde;
- solicitando aumento salarial para servidores da saúde;
- discordando de procedimentos do secretário de Saúde no que diz respeito ao pagamento do pessoal com recursos do SIA/SUS e ao aumento do número de agentes comunitários sem prévia pela aprovação do Conselho;
- propondo modificações no regimento interno e solicitando reunião extraordinária com este objetivo;

- apresentando relatórios das duas comissões criadas – a de levantamento das condições do gabinete odontológico do Sindicato de Trabalhadores Rurais e a de fiscalização do Hospital Estadual;
- solicitando documentação comprobatória das despesas efetuadas;
- solicitando cópias das prestações de contas;
- questionando as prestações de contas;
- questionando a falta de repasse da contrapartida de recursos da prefeitura para a SMS;
- propondo reunião com o prefeito para solicitar repasse de recursos.

Entre as entidades que compõem o segmento de usuários, o maior número de intervenções registradas nas atas concentra-se nos representantes das associações de moradores e das associações comunitárias da zona rural, como dito anteriormente. As intervenções do representante desta última foram acerca de:

- solicitação de transporte para trazer pacientes da zona rural para a cidade;
- reivindicação de ambulância para a zona rural;
- solicitação de reforma em posto de saúde da zona rural;
- posição favorável à ajuda da SMS ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- solicitação de transporte para viabilizar sua participação nas reuniões do conselho.

Entre o segmento dos usuários, o representante das associações de moradores foi o que fez um maior número de intervenções, as quais trataram de:

- cobranças de saneamento e limpeza nas ruas e feiras;
- solicitação para conserto de fossa de centro de saúde, para evitar prejuízos aos moradores da área em torno;
- proposta de construção de um sistema de esgoto;
- reclamação pela demora no atendimento nas unidades de saúde;
- sugestão de aumento dos salários dos funcionários da saúde;
- informação sobre visita a unidade de saúde;
- solicitação de esclarecimento sobre papel fiscalizador do conselho;
- questionamento sobre construção do novo hospital;
- discussão sobre a falta de repasse, por parte da prefeitura, dos recursos para a saúde;
- questionamento dos valores apresentados na prestação de contas.

Além das intervenções de cada conselheiro, registram-se, nas atas, posicionamentos do CMS como um todo, aprovando propostas que são transformadas em resoluções, como o plano municipal de saúde, o relatório de gestão, o plano de aplicação financeira e o regimento interno, entre outras.

Em plenária, o conselho elegeu seu presidente, aprovou destinação de recursos do SIA/SUS ao pagamento de pessoal, decidiu sobre a forma de pagamento dos servidores, reprovou a prestação de contas dos meses de novembro e dezembro de 1996.

A dinâmica das reuniões do CMS obedece a uma seqüência. Inicialmente, são dados informes sobre o trabalho da SMS; depois, é apresentado e discutido, para esclarecimentos e aprovação, algum plano, relatório ou trabalho a realizar. Em seguida, são apresentadas e apreciadas as prestações de contas mensais das receitas e despesas do FMS. A condução da pauta e das discussões é, na maioria das vezes, feita pelo gestor. Os conselheiros trabalhadores da saúde e usuários também apresentam pontos para discussão e deliberação pelo conselho, mas com uma menor incidência.

Os trabalhadores da saúde são os que mais intervêm nas reuniões, depois do gestor municipal da saúde. Suas intervenções são críticas, de cobrança e questionamento em torno de ações, de discordância de encaminhamentos dados e de proposição de alternativas. Participaram de todas as comissões criadas e, nelas, atuaram como relatores, demonstrando um domínio no andamento dos trabalhos desenvolvidos pelo conselho. Em relação ao exercício do controle sobre o FMS, também foram os que mais fizeram intervenções, questionando a prestação de contas, solicitando notas comprobatórias de despesas e cópias da prestação de contas para todos os conselheiros e exigindo a contrapartida da prefeitura nos recursos para a saúde.

Esses trabalhadores não estão organizados em torno de uma entidade de âmbito municipal.[68] Um dos representantes faz parte da diretoria de uma associação de moradores que tem articulação com a Federação das Associações de Moradores de Alagoas (Famoal) e sempre participou dos seus eventos, inclusive como representante na III Conferência Estadual de Saúde, em 1996. O engajamento político partidário à esquerda e a participação em organização popular com nível de articulação nacional explicam a qualidade das intervenções desses representantes.

O terceiro segmento que mais intervém nas reuniões é o de usuários, em especial a representação das associações de moradores. Essas intervenções tratam, em sua maioria, de reclamações e/ou solicitações em torno de saneamento básico e dos serviços de saúde e de questionamentos acerca das contas apresentadas. Seus representantes participam de todas as comissões, e são os únicos, entre os integrantes do conselho, a fazerem visitas aos serviços de saúde.

As associações de moradores que têm representantes no conselho desenvolvem atividades de educação para crianças, palestras e atividades religiosas. Uma delas iniciou-se atrelada a um vereador, de quem, posteriormente, se desvinculou.[69]

A representação das associações comunitárias da zona rural, dentre os usuários, está em segundo lugar quanto ao número de intervenções, as quais giram em torno de solicitações para a melhoria dos serviços de saúde da zona rural. O caráter imediatista das ações dessas associações, como dito anteriormente, explica esse tipo de intervenção dos seus representantes no conselho.

Os representantes do Sindicato de Trabalhadores Rurais, conforme registro nas atas, solicitaram a cooperação da SMS na manutenção de um gabinete odontológico que funciona em sua sede. Esta reivindicação evidencia o aspecto assistencialista e corporativista da prática daquela entidade.

As duas outras entidades que representam os usuários, o Rotary (clube de serviços) e o movimento religioso, tiveram um número pequeno de intervenções registradas nas atas, as quais ligaram-se aos assuntos em pauta. O fraco conteúdo político e o forte assistencialismo de suas práticas explicam essa participação pouco expressiva.

Apesar de suas intervenções, de forma geral, serem menos críticas que as dos representantes dos trabalhadores da saúde, os representantes dos usuários também participaram das comissões e se articularam melhor com suas bases. Todos os representantes de usuários afirmam que transmitem à entidade de origem as discussões que se travam no conselho, proporcionando uma interação através da circulação das informações, ao passo que a falta de uma organização própria de âmbito municipal entre os representantes dos trabalhadores da saúde e seus representados dificulta tal fluxo.

A Articulação dos Conselheiros com as Entidades que Representam e a Permeabilidade do Conselho às Demandas da Sociedade

Nas entrevistas com os conselheiros, evidenciou-se como se dá sua articulação com as entidades que representam, aqui apresentada nos próprios termos de suas falas. Analisa-se, também, por meio das atas, a permeabilidade do conselho às demandas da população – as trazidas pelos conselheiros a partir do contato com sua base, as dirigidas diretamente ao conselho ou as apresentadas diretamente ao gestor municipal –, observando-se quais foram e quais não foram atendidas.

A articulação dos representantes dos usuários com as entidades que representam expressou-se, nas entrevistas, da seguinte forma:[70]

> *Eu sempre me reúno com esse grupo de vinte a trinta pessoas* [referindo-se à associação que representa], *e passo as coisas daqui* [do conselho], *sempre passo para eles. Essa preocupação de passar para eles é minha.* (Representante das associações de moradores)

> *O que a gente discute aqui eu levo, não levo tudo porque às vezes é meio difícil discutir tudo o que acontece no conselho, mas um bocado de coisa, sim. E, às vezes, eu trago. Teve um problema mesmo, no caso do pessoal vizinho do povoado que vai fazer consulta lá, vai meio mundo de gente pra ser atendido, aí eu falei com o secretário numa reunião aqui do conselho, falei que tinha que tomar as providências porque estava sofrendo esse pessoal, movendo mais de 6 quilômetros a pé que chega até 4 horas da manhã e não pega ficha pra ser atendido devido ao número de gente, que é grande. Já este ano, veio a reivindicação da outra comunidade vizinha, da outra associação pra aqui dentro* [do conselho]. (Representante das associações comunitárias da zona rural)

> *A gente passa para a diretoria como o conselho está, o que aprovou e o que não aprovou, e nos reunimos todos os meses.* (Representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais)

> *Tenho levado sim, eu sempre digo que participei de reuniões e alguma coisa que foi apresentada, às vezes o Rotary me dá alguma coisa para eu apresentar lá* [no conselho], *eu tenho feito isso.* (Representante dos clubes de serviço)

> *Trago as necessidades e informo o que foi discutido.* (Representante da Igreja)

A articulação dos usuários com as bases que representam tem propiciado a permeabilidade do conselho às demandas da sociedade nas questões relacionadas à saúde.

As demandas que chegaram ao conselho por intermédio dos conselheiros usuários foram:

- solicitação de reforma em posto de saúde, avaliada por técnico de edificações da prefeitura e autorizada;
- solicitação de reforma de outro posto, realizada em parceria com a comunidade. A opinião do representante das associações comunitárias sobre essa reivindicação é que "se eu não tivesse fazendo parte do conselho, acho que a gente nem tinha conseguido a reforma desse miniposto, de tudo que eu estava aí dentro [do conselho], eu pressionei os outros líderes comunitários junto com a secretaria, e a gente conseguiu a reforma do posto";
- solicitação de mais médicos para posto da zona rural, que não foi atendida pela SMS. Em entrevista, o representante das associações comunitárias da zona rural disse

pressionar pra ver se ele coloca mais médicos lá, duas ou três vezes por semana; já dá pra atender porque o número não é grande demais, pra lá vem gente da divisa de Pernambuco que facilita mais do que eles irem pra Santana. Estamos apelando pra ver se consegue (...) *daí agora eu vou apelar pra esse secretário novo quando assumir.*

- reclamação contra a demora no atendimento e a falta de informação em centro de saúde;
- solicitação de conserto de fossa de centro de saúde;
- solicitação de saneamento básico para área de periferia.

Outra demanda chegou diretamente ao CMS, por meio de um abaixo-assinado de uma associação de moradores, no qual se solicitava solução para o problema de saneamento e limpeza de rua. O conselho encaminhou o abaixo-assinado ao secretário, para que fossem tomadas as devidas providências.

As demandas chegam também diretamente à SMS e são informadas aos conselheiros, nas reuniões, pelo secretário:

- solicitação da comunidade de Lages para ampliação do posto, realizada em parceria entre comunidade e SMS;
- solicitação da comunidade de Caracol para ativação do funcionamento posto de saúde;
- realização de reunião em Barriguda, onde foi solicitado posto de saúde "que a comunidade construirá e a SMS manterá" (Ata da reunião do CMS/SI em 08/06/95).

Assim, a articulação dos usuários com as bases que representam expressa-se nas demandas apresentadas. Observa-se, na seqüência das atas, que a maioria delas é atendida.

Destacamos, entre as demandas trazidas pelos conselheiros ao conselho que não foram respondidas positivamente pela SMS, a do representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais: negou-se o apoio da secretaria ao funcionamento de um gabinete odontológico, no próprio sindicato, para atendimento exclusivo de seus associados. Diante da polêmica criada quando essa proposta foi levada ao conselho, formou-se uma comissão de conselheiros para fazer um levantamento das condições de funcionamento do gabinete e apresentar seu posicionamento. A comissão apresentou ao conselho um relatório com o resultado do levantamento e com a proposta de que a SMS cedesse um profissional e mantivesse o gabinete. A secretaria não acatou a proposta.

A permeabilidade do conselho às demandas da população em torno da saúde aproxima a gestão municipal da sociedade, à medida que direciona suas ações ao atendimento de suas reivindicações. Observa-se que a postu-

ra do gestor municipal da saúde de Santana de Ipanema foi a de sempre averiguar a real necessidade das solicitações apresentadas, compatibilizando-as com o modelo assistencial[71] proposto e com a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, além de informar aos conselheiros o que se passava na SMS, submetendo alguns pontos à aprovação dos mesmos.

A transparência da gestão foi ressaltada pela maioria dos conselheiros entrevistados. Entre as questões abordadas em reunião, a maior parte foi proposta pelo gestor, e os conselheiros, de forma geral, as aprovaram, apesar de algumas terem merecido questionamentos e esclarecimentos.

As Resoluções do Conselho

As resoluções do CMS durante o período estudado foram, na maioria, propostas pelo secretário de Saúde, com exceção de uma, apresentada diretamente pelo prefeito, segundo a qual o conselho deveria solicitar ao Ministério da Saúde a conclusão do Hospital Geral de Santana do Ipanema,[72] e de outra, feita pelos trabalhadores da saúde, que propunha alteração no regimento interno do conselho.

As resoluções aprovadas pelo conselho no período em análise foram as seguintes:

- nº 01/94 - Aprovar o regimento interno.
- nº 02/94 - Aprovar a solicitação da SMS, para o enquadramento do município de Santana do Ipanema na condição de gestão incipiente, no processo de municipalização das ações e serviços de saúde.
- nº 03/94 - Aprovar o enquadramento do município no Programa de Agente Comunitário de Saúde (Pacs).
- nº 04/94 - Aprovar o enquadramento da SMS no Programa de Saúde da Família (PSF).
- nº 05/94 - Tendo em vista a reorganização do sistema local de saúde, determina exclusividade para a população de Santana do Ipanema no atendimento médico e odontológico do Centro de Saúde Dra. Maria Zilda Rego. Determina a extensão aos municípios vizinhos do atendimento dos programas especiais de saúde mental, controle de tuberculose e hanseníase no mesmo centro.
- nº 01/96 - Aprovar o Plano de Aplicação Financeira da SMS.
- nº 02/96 - Aprovar a ampliação do Pacs.
- nº 03/96 - Convocar uma plenária municipal de saúde, com o objetivo de eleger os conselheiros para o biênio 96/97.
- nº 04/96 - Sugerir ao prefeito municipal a indicação do nome do Dr. Adelson Isaac de Miranda como novo nome do centro de saúde da Rua da Praia.

- nº 05/96 - Solicitar do Ministério da Saúde prioridade na conclusão do Hospital Geral de Santana do Ipanema.
- nº 06/96 - Aprovar a decisão da SMS de não pagar plantões a médicos para darem expediente no hospital da rede estadual Dr. Arsênio Moreira;[73] constituir comissão para fiscalizar e acompanhar as ações e serviços de saúde do Hospital Dr. Arsênio Moreira; agendar reunião com o secretário do estado da Saúde, para apresentar o relatório da referida comissão.
- nº 07/96 - Aprovar o Plano Municipal de Saúde.
- nº 08/96 - Aprovar o Relatório de Gestão 1993-1996, da SMS.
- nº 09/96 - Alterar o regimento interno do CMS, de forma que o presidente do conselho passe a ser eleito entre os seus membros, e a secretaria executiva a ser indicada pelo colegiado pleno do conselho.
- nº 10/96 - Aprovar a modificação do teto financeiro das unidades de saúde.

As resoluções evidenciam que o gestor, mesmo sendo o proponente da maioria delas, submete suas ações à aprovação do CMS, de forma a legitimá-las.

De modo geral, nas entrevistas, os conselheiros demonstraram que o gestor goza de credibilidade, afirmando que, após a municipalização da saúde, que coincidiu com o início de sua gestão, os serviços de saúde melhoraram consideravelmente. Essa mudança na qualidade dos serviços de saúde é mostrada no documento Quatro Anos de Desafio e Trabalho em Favor do SUS, que apresenta a situação da saúde no início e no final da gestão. O documento foi distribuído em plenária aberta à população, com o objetivo de avaliar e prestar contas da gestão.

Em oficina de capacitação[74] realizada com os objetivos de avaliar a atuação do conselho e apresentar propostas de ação para o ano de 1997, a aprovação das propostas do gestor foi apontada pelos próprios conselheiros como uma de suas ações mais freqüentes.

Avaliação da Atuação do Conselho

Na referida oficina, os conselheiros, avaliando o desempenho do CMS nos dois anos da primeira gestão e no primeiro ano da segunda, classificaram a incidência das ações que integram o exercício de seu papel na seguinte ordem: em primeiro lugar, aprovação; em segundo, fiscalização e controle; em terceiro, proposição; em quarto, deliberação; e em quinto, estímulo à participação social. Em seguida, avaliaram as atividades propostas, destacando as concretizadas e as não concretizadas, e abordaram, ainda, as dificuldades no desempenho de suas atribuições.

Os conselheiros entendem que o poder de deliberar "é o poder de mandar, é ajudar a decidir as coisas, isso é um poder que a gente tem e, às vezes, não tem muito conhecimento. O poder que a gente tem e não está colocando em prática".

> *Aprovar ou desaprovar uma determinada proposta, um projeto de alguma coisa, então a gente vai ter que analisar e ver se aprova ou não. Nem tudo que a gente aprova é feito, porque tem a questão da homologação do presidente, que é o gestor, a gente pode aprovar, mas se ele não homologar, não se pode fazer aquilo. Mas também, ele não pode fazer uma coisa se não foi aprovada pela gente, então a gente tem que abrir mais os olhos pra isso aí.*

Em tais ponderações, os conselheiros abordaram de forma objetiva o limite do papel deliberativo do conselho, referindo-se à necessidade de homologação, pelo gestor, de suas decisões. Porém, lembraram, com precisão, que as ações do gestor dependem da aprovação do conselho, o que confere a este um certo poder.

Sobre o papel deliberativo, disseram ainda que

> *a lei coloca o papel deliberativo do conselho, mas a gente vê que o desempenho do papel desse conselheiro vai depender muito da vontade política dos governantes, aí o grupo estava analisando que isso é uma coisa que complica muito. Hoje, nesta gestão, a gente teve uma gestão que favoreceu a participação popular, o conselho vem influenciando, mas a gente pode vir a ter uma gestão que seja diferente, que diga: nem quero saber do conselho, aí a gente é que deixa o conselho frágil. Mas nesse caso, dessa fragilidade, fica difícil pra gente continuar firme. Dependendo do interesse de cada participante, de cada conselheiro, da gente que está aqui, porque a gente tem de cobrar porque está representando alguém.*

Reconheceram que o papel que conseguiram desempenhar no conselho se deveu, em grande parte, ao incentivo do gestor e ao espaço por ele concedido à participação. Demonstraram preocupação com a troca de gestor, que poderá fechar esse espaço e, assim, fazer com que a participação passe a depender do interesse de cada conselheiro, o que pode fragilizá-la.

Quanto ao papel fiscalizador e controlador do conselho, afirmaram que "a questão de controlar é o principal papel da gente, controlar as ações de saúde. Fiscalizar os serviços de saúde, fiscalizar as ações, se estão sendo feitas de acordo com o que foi previsto, fiscalizar os recursos financeiros".

Na oficina, os conselheiros também discutiram e destacaram as principais atividades propostas, apontando as que se concretizaram e as que não se concretizaram.

A maioria das propostas foi feita pelo gestor e aprovada pelos conselheiros. Como exemplos, a implantação do Pacs, do PSF e do Napsi; a autorização para construção do Hospital Geral, proposto pelo prefeito; o plano de cargos e salários, elaborado pelos assessores da SMS. Quanto às propostas de reformas e construção de postos de saúde, algumas foram do gestor e outras, dos usuários.

Entre as propostas dos conselheiros, apontaram as alterações do regimento interno, efetivadas, e a contratação de médicos para as unidades, a qual não teve resposta positiva. Entre as respostas às reclamações dos conselheiros em torno do saneamento, destacaram a implantação da coleta de lixo com caminhão compactador, da usina de lixo e da vigilância sanitária. Porém, disseram que há muito que fazer nesta área, demonstrando, com as afirmações a seguir, terem uma compreensão ampliada de saúde:

> *A gente sentiu carência de um projeto de saneamento; foi pensado pelo conselho se reunir, juntar e fazer um projeto. A gente ouviu dizer dos políticos que é uma obra que ninguém se interessa porque ninguém vê. Isso é uma vergonha, a gente vota neles e ouve um absurdo desse.*
>
> *Aqui a gente tem o rio Ipanema temporário e o esgoto perene.*
>
> *Tem muita coisa que depende de outros setores da prefeitura, só com uma integração intersetorial.*
>
> *Nossa preocupação com a vigilância sanitária é que fazer saúde não é tratar, é prevenir. Prevenção na área de saneamento básico e vigilância de modo geral seria prioridade resolvida.*
>
> *Se não cair de cabeça na prevenção, a coisa vai de mal a pior.*
>
> *É impossível haver saúde sem rede de esgoto. Ali é o foco de toda miséria.*

A organização das comissões de trabalho dos conselheiros e suas realizações foram consideradas por eles como as ações mais importantes do conselho. Entre as comissões formadas – a de organização da II Conferência Municipal de Saúde, a de fiscalização do Hospital Estadual e a de avaliação das condições do consultório odontológico do Sindicato dos Trabalhadores Rurais –, ressaltaram a importância das duas últimas.

Apresentaram duas dificuldades para o desempenho de suas atividades de conselheiros. A primeira, relacionada à estrutura para o funcionamento do conselho, foi a falta de transporte para os conselheiros da zona rural, reivindicação feita recorrentemente à SMS e que nunca recebeu resposta definitiva:

A viabilização da participação dos conselheiros da zona rural, que foi colocada em reunião anterior, não foi realizada.

Não sei por quê, a gente vê, não sei se é um caso de emergência, o carro da secretaria municipal de Saúde andando sábado, domingo e feriado a cidade todinha, até onde não deve estar estacionado, isso é um absurdo.

A segunda dificuldade apresentada foi o desconhecimento, por parte dos próprios conselheiros, sobre o seu real papel e sobre a área financeira da SMS. Daí a reivindicação dos usuários e trabalhadores por oficinas de capacitação que não haviam sido realizadas com os conselheiros da nova gestão:

As dificuldades grandes que a gente tem também é saber como agir e no que pode mexer e no que não. É uma coisa que a gente tem grande dificuldade.

Nessa questão financeira, a gente não tem, assim, uma equipe que entenda das finanças e esteja lá brigando enquanto equipe, mas o conselho sempre brigou pra que as contas fossem mostradas, a gente todo momento ia lá, discutia, pedia pra que ele [o secretário] *explicasse o que é isso, por que desse jeito, por que gastou tanto com isso, e por que tão pouco combustível, e por que muito profissional, aí isso aqui foi a grande atuação.*

O que ficou fora foi a oficina dos conselheiros que a gente tanto pedia e agora que está saindo.

Na oficina, os conselheiros, ao abordarem o papel fiscalizador e controlador do conselho, relacionaram-no aos recursos da saúde, afirmando que "controlar e fiscalizar foi o que mais funcionou".

Apresentaram como proposta a capacitação de conselheiros "na parte econômica, para entender como é o orçamento, que é uma coisa difícil, como funciona a conta do fundo municipal".

Essa avaliação e essa proposta dos conselheiros demonstram a preocupação com o gasto dos recursos do FMS, que também é expressa no decorrer das atas das reuniões e nas entrevistas, conforme se mostrará a seguir.

O Exercício do Controle Social sobre o Fundo Municipal de Saúde

Apresentam-se, aqui, os resultados da análise da forma como o Conselho de Saúde de Santana do Ipanema acompanhou o FMS e interveio na destinação de tais recursos desde a sua posse, em janeiro de 1994, até o mês de janeiro de 1997. Esses resultados apontam as possibilidades e limi-

tes do controle social sobre os recursos da saúde naquele município. A análise foi feita por meio de consultas às atas das reuniões e de entrevistas com os conselheiros, nas quais se destacou o posicionamento de cada um em relação aos recursos para a saúde, e, ainda, por meio da leitura das tabelas demonstrativas da movimentação financeira do FMS.

A análise do controle social sobre o FMS se inicia com a descrição das intervenções dos conselheiros sobre a sua movimentação financeira e dos efeitos por elas provocados, com base nos registros das atas das reuniões do CMS.

Na primeira reunião do conselho (19/01/94), o prefeito esteve presente para dar posse aos conselheiros e, após este ato, falou sobre a criação do FMS e seu funcionamento, ressaltando que competia ao CMS a administração dos recursos destinados ao setor.

A partir da terceira reunião (23/02/94), o secretário iniciou a prestação de contas ao conselho dos gastos efetuados pela SMS e, a partir da quinta reunião (26/05/94), apresentou também as receitas, informando sobre o movimento financeiro do Fundo Municipal de Saúde.

Na oitava reunião (01/09/94), um conselheiro, representante dos trabalhadores da saúde, solicitou a documentação comprobatória das despesas. Na reunião seguinte, observou-se, nos registros em ata, que a prestação de contas apresentada foi mais detalhada e organizada do que as anteriores e que as notas comprobatórias das despesas solicitadas pelo conselheiro foram submetidas à aprovação do conselho.

Na décima reunião do conselho (08/06/95), o secretário de Saúde informou o valor do teto financeiro[75] do município de Santana do Ipanema, que era de R$ 39.769,00. Esse montante foi repassado em cotas mensais pelo Ministério da Saúde, com base na produção de serviços de saúde do município.

O secretário apresentou a tabela a seguir, com a distribuição desse teto por unidade de saúde, esclarecendo que “para a definição deste teto, foram levados em consideração as atividades e serviços oferecidos em cada Unidade de Saúde” (Ata da reunião do CMS/SI, 08/06/95). Após a apresentação da tabela, não houve discussão por parte dos conselheiros.

Tabela 6 – Demonstrativo da distribuição do teto financeiro por unidades de saúde do município de Santana do Ipanema junho de 1995 (R$)

Centro de Saúde Dra. Maria Zilda Rego	18.339,47
Centro de Atenção à Saúde da Mulher	3.534,65
Centro de Saúde de Areias	2.198,65
Posto de Saúde Tobias de França	325,25
Posto de Saúde Samambaia	252,28
Posto de Saúde Olho d'Água do Amaro	321,30
Posto de Saúde Santa Ana	280,00
Posto de Saúde Serrote dos Severianos	270,30
Posto de Saúde São Félix	4.619,23
Posto de Saúde Camoxinga	314,53
Posto de Saúde Serrote	288,87
Posto de Saúde Senhora Santana	329,48
Subtotal – SMS	31.074,01
Hospital Estadual	5.309,00
Laboratório Senhora Santana (conveniado)	3.268,00
Clodolfo (consultório conveniado)	58,80
Dalmário (consultório conveniado)	58,80
Subtotal	8.694,60
TOTAL	39.768,61

Na Tabela 6, observa-se que a SMS repassa recursos para um laboratório privado e consultórios médicos particulares, por meio da compra de serviços complementares à rede. Isso mostra que também na ponta do sistema de saúde, ou seja, na esfera municipal, recursos públicos são repassados à rede privada, são privatizados. No município de Santana do Ipanema, de acordo com a tabela, os recursos repassados à rede privada correspondem a um percentual de 8,5% do teto financeiro municipal, ou seja, dos gastos com o atendimento ambulatorial (SIA/SUS).

O referido laboratório (Laboratório Senhora Santana) mantém convênios com outros municípios e pertence ao vice-prefeito, o qual, ao ser entrevistado durante a pesquisa de campo para realização deste trabalho sobre a

relação do laboratório com a SMS, afirmou: "não tem problema, porque o trabalho é totalmente transparente. Não participo dessa relação, só a parte técnica pode participar, não é minha parte, tem uma parte informatizada para ambos os desenvolvimentos".

Na décima segunda reunião (20/12/95), o secretário informou que "o Ministério da Saúde liberou a verba no valor de R$ 108.381,89 no dia 27/11/95, que será destinada à compra de leite e óleo para o Programa Leite é Saúde" (Ata de reunião do CMS/SI de 20/12/95).[76] Não há registro em ata de qualquer comentário dos conselheiros a respeito do uso desses recursos, que tampouco aparecem na movimentação financeira do FMS, apresentada nas atas dos meses subseqüentes.

Nessa mesma reunião, a assessoria técnica da SMS explicou o Plano de Aplicação Financeira para 1996 e o aumento do teto financeiro do município. Na reunião seguinte (08/02/96), o plano foi apresentado e, após análise e discussão, aprovado pelos conselheiros. O total da previsão de aplicação de recursos para 1996 foi de R$ 1.133.531,00, sendo as fontes financiadoras a prefeitura municipal – com o montante de R$ 470.000,00, ou 41,5% – e o Ministério da Saúde – com o montante de R$ 663.531,00, ou 58,5%.[77]

Na décima quarta reunião (28/03/96), ao ser apresentada a prestação de contas, os conselheiros indagaram sobre os gastos com alimentação, medicamentos e pessoal. Após as respostas e esclarecimentos do secretário, a prestação de contas foi aprovada. Em seguida, os conselheiros sugeriram "que na próxima prestação de contas, os gastos sejam melhor discriminados e a receita seja colocada no início" (Ata da reunião do CMS/SI de 28/03/96).

Observa-se que as prestações de contas posteriormente apresentadas sofreram modificações de acordo com as solicitações dos conselheiros: as receitas passaram a vir em primeiro lugar e os gastos passaram a ser mais detalhados.

Os conselheiros representantes dos trabalhadores da saúde e dos usuários (Associação de Moradores) solicitaram que fossem feitas cópias da prestação de contas, para que cada um pudesse acompanhá-la melhor. A solicitação também foi encaminhada pelo secretário.

Na décima nona reunião (31/10/96), surgiram novos questionamentos em torno da prestação de contas, sobre "as gratificações, aumento na compra de medicamentos e compra de um caixão (...); secretário deu as explicações necessárias e as contas foram aprovadas pelo Conselho" (Ata da reunião CMS/SI de 31/10/96). Não constam nessa ata as referidas explicações.

Em seguida, os conselheiros pediram esclarecimentos sobre os recursos repassados pela Fundação Nacional de Saúde. O secretário

> prestou os seguintes esclarecimentos sobre o convênio com a FNS: este convênio tem como finalidade a descentralização do controle de doenças transmitidas por vetores (endemias). Foram repassados um total de R$ 108.000,00 (cento e oito mil reais), sendo R$ 83.000,00 para serviços de terceiros – pessoa física, R$ 20.000,00 para material de consumo e R$ 5.000,00 para serviços de terceiros – pessoa jurídica. Como contrapartida da Prefeitura Municipal de Santana do Ipanema, serão repassados R$ 10.800,00 em material de consumo. A vigência do convênio é de 01 ano, a contar da publicação do mesmo no Diário Oficial da União. Portanto, deve vigorar até junho/97. A prestação de contas deste convênio será feita ao término do mesmo. O secretário informou que com estes recursos está implantando o Núcleo de Vigilância em Saúde de Santana do Ipanema, que servirá para integrar os trabalhos da Vigilância Sanitária Epidemiológica, Educação em Saúde e o Pacs. Informou ainda que para ampliação do trabalho do Controle de Endemias, foi necessário contratar mais 12 agentes de saúde. Nesse sentido, entrou em contato com o prefeito atual e o futuro vice-prefeito e secretário municipal de Saúde,[78] para que fossem feitas as indicações destes agentes. O secretário informou que quando procurou o futuro vice-prefeito e secretário municipal de Saúde para indicar os agentes para o teste de seleção, foi pensando na continuidade do trabalho, a partir de janeiro, já que este pessoal seria treinado e, havendo mudanças, haveria prejuízo para os trabalhos. (Ata da reunião do CMS/SI de 31/10/96)

Os conselheiros representantes dos trabalhadores da saúde se posicionaram contra a maneira como o pessoal havia sido indicado, "pois o conselho deveria ter sido avisado para participar do processo e dar respaldo à decisão da secretaria e ficava difícil o conselho aprovar as prestações de contas deste convênio, uma vez que não participou do processo". Vários outros conselheiros comungaram com o pensamento dos representantes dos trabalhadores da saúde. "O secretário de Saúde esclareceu mais uma vez a sua decisão, enfatizou o papel do CMS na fiscalização dos recursos do convênio e nas atividades a serem desenvolvidas. O mesmo encerrou a discussão, se comprometendo a trazer na reunião seguinte o plano demonstrativo das despesas" (Ata da reunião do CMS/SI de 31/10/96).

Observa-se que durante esta última reunião os conselheiros questionaram um alto volume de recursos recebido pela secretaria, por meio do convênio com a Fundação Nacional de Saúde. O secretário teve de dar explicações sobre o uso dos recursos, além de apresentar uma prestação de

contas especial com um demonstrativo de despesas do Plano de Aplicação do Convênio nº 01/96 - FNS/PMSI, repassado aos conselheiros na reunião de 28/11/96.

Outro impasse em relação à movimentação financeira do FMS surgiu também na reunião do dia 28/11/96, na apresentação da prestação de contas do mês de outubro de 1996, quando o secretário informou que a prefeitura não havia repassado sua contrapartida em recursos para o pagamento da folha de pessoal e que, por isso, tal repasse havia sido feito com recursos do SIA/SUS. Para justificar a medida, o secretário alegou que, até o mês de outubro, a prefeitura já havia repassado um percentual de 10,6% dos recursos próprios para a saúde.

Os representantes dos trabalhadores da saúde, dos usuários (Associação de Moradores) e do gestor estadual (IV Coordenadoria Regional de Saúde) protestaram contra a efetivação desse pagamento sem o prévio conhecimento do conselho e pediram explicações sobre o motivo de a prefeitura não ter repassado a sua contrapartida. Ficou acordado entre os conselheiros e o secretário que, na eventualidade de a prefeitura não repassar sua contrapartida, os conselheiros deveriam ser consultados em reunião extraordinária quanto ao uso dos recursos do SIA/SUS para o referido fim.

O secretário cumpriu esse acordo convocando, no mês seguinte, o conselho em reunião extraordinária (10/12/96) para solicitar autorização para pagamento dos vencimentos do pessoal relativos ao mês de novembro com recursos do SIA/SUS, pois a prefeitura municipal não havia repassado sua contrapartida em recursos para a saúde.[79] Informou que o saldo existente no FMS seria suficiente para esse pagamento. "Diante do exposto houve a aprovação por todos os conselheiros presentes" (Ata da reunião do CMS/SI de 10/12/96).

Constata-se nas atas que os conselheiros não se manifestaram contra o fato de a prefeitura municipal não repassar os recursos para a saúde, limitando-se a querer entender as suas razões. Eles apenas fizeram questão de serem consultados para autorizar o uso dos recursos do SIA/SUS contidos no FMS para cobrir o que a prefeitura deixou de repassar.

Ainda na reunião de novembro de 1996, "o secretário solicitou do conselho a aprovação da modificação do teto financeiro das Unidades de Saúde, justificando que tinha unidade que não estava atingindo o orçamento e o município estava perdendo recursos" (Ata da reunião do CMS/SI, de 28/11/96).

Na ata dessa reunião, consta apenas que "houve várias discussões", mas estas não foram registradas. O conselheiro representante da IV Coordenadoria Regional de Saúde (gestor estadual) "questionou o teto muito baixo do 1º Centro de Saúde", porém não há comentário a esse respeito registra-

do em ata. Em seguida, foi aprovada a resolução nº 10/96 do CMS, "contemplando o novo teto das Unidades e que após 03 meses deverá ser rediscutido com o Conselho" (Ata da reunião de 28/11/96).

Tabela 7 – Demonstrativo da programação orçamentária das unidades de saúde do município de Santana do Ipanema cadastradas no SIA/SUS – novembro/1996

Unidades prestadoras de serviços	Código	Orçamento (R$)
Unidades públicas municipais		
Núcleo de Vigilância em Saúde	0019992	17.476,00
Centro de Saúde de Areias	0002801	6.624,72
Centro de Saúde Dr. Adelson I. Miranda	0019984	6.313,00
Centro de Saúde Dra. Maria Zilda Rego	0002941	4.408,00
Centro de Atenção à Saúde da Mulher	0011380	3.000,00
Núcleo de Atenção Psicossocial	0012440	2.000,00
Módulo Odontológico Santa Sofia	0019976	–
Posto de Saúde São Félix	0000442	507,00
Posto de Saúde Samambaia	0000051	306,00
Posto de Saúde Senhora Santana	0000418	306,00
Posto de Saúde Camoxinga dos Teodósios	0000434	306,00
Posto de Saúde Santa Ana	0001759	306,00
Posto de Saúde Olho d'Água do Amaro	0002020	306,00
Posto de Saúde Serrote	0002577	306,00
Posto de Saúde Tobias de França	00011363	306,00
Subtotal	–	42.470,72
Unidade pública estadual		
Hospital Dr. Arsênio Moreira da Silva	0004464	2.500,00
Credenciado Pessoa Jurídica		
Laboratório Senhora Santana	0009580	3.268,00
Credenciado Pessoa Física		
Clodolfo Rodrigues de Melo	0007706	287,64
Dalmário Gaia Nepomuceno	0009059	287,64
TOTAL		48.814,00

Fonte: Divisão de Planejamento e Apoio Técnico da SMS de Santana do Ipanema, 1996.

Observando as tabelas 6 e 7, confirma-se a pertinência do questionamento do conselheiro (gestor estadual) sobre a redução do teto do Centro de Saúde Dra. Maria Zilda Rego (1º Centro), que era de R$ 18.339,47 em junho de 1995, e passou a R$ 4.408,00 em novembro de 1996. Evidencia-se, também, a queda do teto previsto para o Posto de Saúde São Félix, de R$ 4.619,23 em junho de 1995 para R$ 507,00 em novembro de 1996.

Na Tabela 7, o que tem importância destacada para o estudo em pauta é o aumento em percentual de 489%[80] do montante previsto para repasse aos médicos particulares credenciados em relação à Tabela 6. Esse aumento não foi questionado pelos conselheiros. Os valores repassados aos médicos particulares adicionados aos repassados ao Laboratório Senhora Santana, privado, dão um percentual de 7,82% do total do teto financeiro,[81] mantendo quase a mesma média anterior de repasse para a rede privada.

As prestações de contas dos meses de novembro e dezembro de 1996, apresentadas na vigésima terceira reunião do conselho e primeira reunião com o novo gestor municipal indicado pelo prefeito eleito em novembro de 1996, realizada em 11/01/97, não foram aprovadas pelos conselheiros. Então, "foi sugerido que o ex-secretário municipal de Saúde estivesse presente na reunião marcada para o dia 23/01/97, a fim de esclarecer dúvidas, para a aprovação das prestações de contas relativas aos meses de novembro e dezembro/96" (Ata da reunião de 16/01/97). Não consta em ata o motivo pelo qual o conselho não aprovou as contas, ou qualquer outra discussão a respeito.

O novo gestor municipal da saúde informou, nessa reunião, o saldo do FMS e consultou os conselheiros sobre o que deveria fazer, já que o valor da folha de pagamento de pessoal chegava a quase o dobro do saldo. Sugeriu duas alternativas: pagar a metade dos funcionários ou esperar a vinda dos recursos do SIA/SUS e pagar a todos. O conselho optou pela segunda alternativa.

Nessa mesma reunião foi eleito como presidente do conselho, por unanimidade, um representante dos trabalhadores da saúde, o mais atuante ao longo das duas gestões. O secretário de Saúde não concorreu nesta eleição, por ainda não ter sido oficialmente empossado pelo prefeito e, portanto, ainda não ser legalmente um conselheiro.

Em seguida, o representante do gestor estadual pediu esclarecimentos sobre a contrapartida do município para a saúde. O secretário informou que o prefeito havia firmado um compromisso verbal de repassar R$ 25.000,00 ao setor. O mesmo conselheiro propôs que a lei do FMS fosse modificada, com o estabelecimento, no orçamento da prefeitura, de um percentual fixo para a saúde. Não há registro quanto à discussão desse ponto.

O representante dos trabalhadores da saúde, presidente recém-eleito do conselho, propôs convidar o prefeito para uma reunião extraordinária com a finalidade de solicitar o repasse de recursos para a SMS. Não constam em ata comentários a esse respeito.

Nessa primeira reunião com o novo gestor, os conselheiros tomaram iniciativas importantes.[82] Primeiro, reprovaram, a princípio, a prestação de contas de dois meses da gestão anterior. Segundo, elegeram por unanimidade um trabalhador da saúde como presidente do conselho, deixando, inclusive, o secretário municipal de Saúde fora da eleição. Terceiro, questionaram a contrapartida da prefeitura, sugerindo um percentual fixo a ser definido em lei, e tomaram a iniciativa de propor uma reunião com o prefeito para discutir este ponto. Passaram, assim, a uma postura propositiva, cobrando mais efetivamente a contrapartida da prefeitura.

Por meio da análise das atas das reuniões do conselho, pode-se observar, desde o início, que a prestação de contas da movimentação dos recursos da SMS ao conselho foi um compromisso constante do gestor municipal. Este afirmou, em entrevista, ter sido sua a iniciativa de fazer a prestação de contas, obedecendo à lei do FMS,[83] que define que o secretário municipal de Saúde deve "submeter ao Conselho Municipal de Saúde as demonstrações mensais de Receitas e Despesa do Fundo" (Lei 598, de 21/12/93).

Apesar de ter sido uma iniciativa do gestor municipal, a forma de prestação de contas da movimentação financeira do FMS foi alterada no decorrer das reuniões, por solicitação dos conselheiros. Eles pediram: apresentação simultânea das notas comprobatórias dos gastos efetuados; apresentação das receitas em primeiro lugar; maior detalhamento dos itens das despesas; cópias da prestação de contas para todos os conselheiros; prestação de contas dos recursos do convênio com a FNS. Todas essas solicitações foram atendidas pelo gestor.

A partir das entrevistas com os conselheiros a respeito do acesso, compreensão e satisfação em relação à prestação de contas dos recursos do FMS, obtiveram-se as informações descritas e analisadas a seguir.

Os usuários representantes dos clubes de serviço, da Igreja e das associações comunitárias da zona rural tiveram uma posição semelhante em relação ao acesso e à compreensão da prestação de contas dos recursos da SMS: "Todo mês eles apresentam um balancete e deixam à disposição os recibos. Como se faz um trabalho sério, a gente age mais pela confiança" (Representante dos clubes de serviço). Este conselheiro, por confiar no trabalho do gestor, se satisfaz com a prestação de contas realizada.

"Eles colocam em toda reunião, na mesa, as contas; alguns conselheiros olham, destrincham; eu fico de cá, sabendo que eles estão olhando, fico me confiando" (Representante da Igreja). Este conselheiro de-

posita confiança nos demais, que 'destrincham' as contas, já que estas são complicadas para seu entendimento, limitando-se à observação do empenho dos outros.

"Todos os conselheiros têm acesso às contas, fico satisfeito com a prestação de contas" (Representante das associações comunitárias da zona rural). Este conselheiro se satisfaz com o mero acesso às contas.

O representante das Associações de Moradores fez várias ponderações:

> *As prestações de contas, de modo geral, tiveram uma transparência razoável. Eu acho isso bom, porque, no passado, não sabia quanto se gastava e de nada, hoje a gente já tem conhecimento.* (...) *Acompanho permanentemente o desenvolvimento do que entra e do que é gasto. É fundamental porque os desvios deste país são muito grandes, e quando a gente pode participar, pode brecar aqui e acolá, deixando alguém com medo de apresentar uma conta errada. Isso eu acho importante.*

É um depoimento que mostra a importância dos espaços democráticos de participação e do acesso aos recursos públicos. Quando o conselho não existia, não havia canal legítimo de informação entre gestores e sociedade. Os gestores ficavam sem controle externo capaz de fiscalizá-los de fato.

A democratização do fundo público da saúde é imprescindível para que os representantes da população usuária acompanhem "o desenvolvimento do que entra e do que é gasto". Por mais precário que seja esse acompanhamento, ele cria, do lado da sociedade, a possibilidade de "brecar aqui e acolá", colocando as necessidades da coletividade em pauta. Do lado do gestor, impõe-se a necessidade de "prestar conta do que faz", ele já não arbitra sozinho: tem de, no mínimo, dar satisfação por seus atos. Isso é relevante em um país como o Brasil, em que corrupção, desvio, apropriação indevida e uso clientelístico do dinheiro público são denunciados diariamente. Constrói-se, assim, um clima de valorização do que é público, de cidadania, de direitos, tornando superável a submissão, historicamente arraigada, do povo brasileiro. O que é público passa a poder ser controlado pelo público. Os gestores já não podem fazer o que querem com os recursos públicos tão livremente como antes; têm de, de alguma forma, prestar conta do que fazem e ficam "com medo de apresentar uma conta errada".

Sobre a interferência do conselho nas contas, o conselheiro usuário representante das associações de moradores afirmou, em entrevista, que "interfere não com muita intensidade como deveria, a gente já fez algumas oficinas; a gente que não sabia de nada, aprendeu alguma coisa, mas devia ser mais razoável. O que aprovamos é transparente, muitas vezes a gente acha um ponto e procura se informar".

O conselheiro reconhece a limitação de sua interferência na prestação de contas, pela falta de conhecimento específico da linguagem contábil e de informações sobre o fluxo dos recursos da saúde. Enfatiza a importância das oficinas de capacitação de conselheiros, em que "aprendem alguma coisa", mas fala também da necessidade de aprender mais. Quando precisa esclarecer um ponto, informa-se, e só aprova o que lhe parece "transparente", compreensível.

A limitação apontada é comum entre os conselheiros, pois finanças, à primeira vista, parecem coisa de especialista. Apesar de reconhecerem ser fundamental cumprir essa atribuição, eles têm dificuldade em interferir numa área de que pouco entendem.

O representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, em entrevista, fez alguns comentários em relação à prestação de contas que, apesar de também apresentados em uma das reuniões do conselho, não haviam sido registrados em ata:

> *Nós temos acesso às contas da SMS, a gente vinha sempre aprovando todas as contas, mas na última reunião de que participei, na qualidade de representante do sindicato, eu me neguei a aprovar as contas de setembro de 1996. Entre outras coisas que achei que não estava certo, foi a alteração de despesas com medicamentos. A gente tem a despesa de R$ 15 a 16 mil, essa média não chegava a R$ 17 mil. Esse tempo que participo do conselho, no mês de setembro ela estourou, de 16 mil reais passou para R$ 36 mil, então a secretaria gastou não sei com quem mais R$ 20 mil, por isso eu não aprovei. Eu só podia aprovar se revisse todas as receitas* [médicas], *e visse se realmente elas foram assinadas por médicos daqui credenciados pela secretaria; que, anteriormente, não era todo médico que passasse receita que podia ser distribuído pela secretaria. Alegaram que foi por causa da política* [eleições]; *então, é muito bom o político trazer o médico de Maceió e pedir todo medicamento que ele achar conveniente ou não, e pedir para a secretaria distribuir. O sindicato não aprova, só se fosse com muitas explicações. Isso ficou lá gravado, não sei se passaram para a ata.*

O primeiro ponto a observar, com base nesse depoimento, é que nem tudo o que é abordado nas reuniões do conselho é registrado nas atas. As atas nem sempre revelam toda a dinâmica do conselho.

A observação do conselheiro em relação aos valores gastos com medicamentos tem fundamento, está coerente com as informações contidas na tabela demonstrativa de receitas e despesas do FMS apresentada mais adiante, elaborada com base nas prestações de contas feitas nas reuniões e registradas nas atas.

Ao ser perguntado sobre o entendimento das prestações de contas, o conselheiro disse: "se está certo ou errado, entendo, porque tenho 20 anos de

sindicato, e teve época que entrava dinheiro e tinha que mandar para o contador, aí a gente sabe quando uma conta está certa ou errada".

A experiência desse conselheiro em lidar com a movimentação de recursos na entidade que representa deu-lhe embasamento suficiente para analisar com propriedade a prestação de contas. Ele sugere uma estratégia diferente:

> *Eu prestaria contas de outra forma, com um relatório-balancete diferente. É mais viável fazer o balancete em uma folha: em uma coluna coloca-se a receita, e a despesa em outra. Essa forma a gente aprendeu com um contador formado e eu acho muito mais viável. Eu já sugeri, mas fui interrompido com outra conversa e não deu pra eu sugerir mais.*

Sobre o acesso, a compreensão e suas sugestões relacionadas à prestação de contas realizada, os conselheiros que representam os trabalhadores da saúde disseram:

> *Em relação ao acesso, está tudo à disposição, eu me preocupo muito com a prestação de contas, onde a gente sabe que pode não estar 100%. Pelo menos aparentemente, vem funcionando, e se tem acesso a qualquer conta aqui. Compreendo, porque na regional a gente está acostumado a ver a prestação de contas, inclusive trabalho no setor que tem acesso também e vejo as prestações de contas. Sou técnico em contabilidade, tenho uma certa facilidade em entender prestação de contas. Eles deviam melhorar mais um pouco. Se pagassem cada coisa com um cheque diferente, seria ótimo; atualmente, ele paga várias coisas com um cheque, aí você sente dificuldade. Ou, ainda, se retirassem o dinheiro e pagassem com dinheiro e que cada recibo fosse um diferente. Eles juntam e fazem um só pagamento, isso dificulta.*

Esse conselheiro também tem um maior domínio da linguagem financeira, devido à experiência anterior na entidade e ainda por ser técnico em contabilidade.

O outro representante dos trabalhadores da saúde afirmou:

> *Da prestação de contas aos recibos, sempre fica alguma coisa, se você for aprofundar fica difícil, essas prefeituras todas têm tudo bonitinho e você sabe que, por baixo... Espero que aqui não esteja acontecendo a mesma coisa. A gente sempre está bisbilhotando.*

Esse conselheiro abordou um ponto importante, a possibilidade de as contas se apresentarem corretas apenas aparentemente. Por isso ele admite estar "sempre bisbilhotando": os artifícios contábeis são geralmente usados para que haja coerência entre receitas e despesas nas prestações de contas. O mesmo conselheiro apontou o que, a seu ver, precisaria ser aperfeiçoado na prestação de contas:

O que tem que melhorar é que, às vezes, pelo fato de estar há quatro anos com a gente, [o secretário] *quer adivinhar as nossas decisões, eu não acho que deve ser assim. Por mais que o nosso relacionamento seja bom, na hora H a gente não pode aprovar a coisa simplesmente; ultimamente aconteceu isso.*

O conselheiro referia-se, com essa afirmação, à decisão do secretário de pagar a folha de pessoal com o dinheiro do SIA/SUS sem consulta prévia ao conselho, fato mencionado anteriormente, na análise das atas.

A atitude adotada por esses conselheiros trabalhadores da saúde é a de acompanhar a prestação de contas, desconfiando do que se apresenta aparentemente, sempre "bisbilhotando", e de expressar seus questionamentos e discordâncias. Comprova-se essa postura no registro em ata de suas intervenções.

De forma geral, constata-se, na consulta às atas das reuniões, nas entrevistas com os conselheiros e na análise do relatório da oficina de avaliação do conselho, que os conselheiros têm acesso à prestação de contas dos recursos da SMS. Esse acesso foi facilitado pelo gestor municipal, quando este tomou a iniciativa de realizar a prestação de contas nas reuniões do conselho, e a ele submeter o Plano de Aplicação Financeira/96, para aprovação.

Observa-se que a forma original de prestação de contas foi se modificando em função das solicitações dos conselheiros; estendeu-se, inclusive, seu acesso aos recibos e notas dos gastos efetuados. O gestor foi, progressivamente, adequando a prestação de contas do FMS a essas solicitações.

Porém, os limites do controle social sobre o FMS são muitos. O simples acesso às prestações de contas não garante o seu controle. A dificuldade na compreensão é comum à maioria dos conselheiros; aqueles que apresentam facilidade em lidar com movimentação de recursos tiveram alguma experiência similar, em uma outra instância.

Os conselheiros ressaltaram a importância das oficinas de capacitação na superação de tal dificuldade:

Não só acho importante, mas acho que não devia ser só de um dia, devia ser de dois ou três dias, uma vez que o conselheiro tem muita responsabilidade. Já que vem verba federal do SUS pra gente fiscalizar, a gente tem que ter muito cuidado nisso, na verba que chega na SMS. Acho que a gente tem que ter mais participação e mais conhecimento, porque pode até estar reclamando alguma coisa que não é atribuição do conselho. Por isso é que tem que ter treinamento, que seja custeado pela secretaria do município ou do estado, ou por outros órgãos, mas a capacitação do conselheiro tem que ser feita muitas vezes. Os conselheiros não reclamam porque não sabem reclamar e nem por onde começar. (Representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais)

O acesso às receitas e despesas do FMS ajuda, mas não determina o controle sobre o fundo. É necessário que a forma de apresentação da prestação de contas seja acessível aos conselheiros. Além disso, existem inúmeros artifícios contábeis que encobrem as distorções no uso dos recursos, tornando-os aparentemente coerentes. Alguns conselheiros se mostraram satisfeitos com a forma de prestação de contas adotada, outros viram necessidade de aperfeiçoamento e outros, inclusive, sugeriram novas formas que, segundo eles, facilitariam a compreensão de todos.

O maior limite ao exercício do controle social sobre o FMS constatado está no fato de que os conselheiros têm, no momento da prestação de contas, apenas acompanhado e fiscalizado gastos já efetuados. Participaram de forma restrita da definição desses gastos, quando aprovaram o Plano Municipal de Saúde e o Plano de Aplicação Financeira/96. Porém, não participaram da elaboração dos mesmos, a qual ficou a cargo dos assessores técnicos da secretaria. Quando esses planos são submetidos à aprovação do conselho, torna-se mais difícil intervir para modificá-los, pois eles demonstram, aparentemente, uma estrutura coerente. O conselheiro fica sem elementos e fundamentos para questioná-los e acaba legitimando, com sua aprovação em reunião, planos cujas estrutura e meandros ele, às vezes, pouco entendeu. Não se nega a importância deste espaço de aprovação, mas ressalta-se a sua limitação.

O papel dos conselheiros de saúde de Santana do Ipanema, no que concerne ao controle sobre o FMS, está limitado à fiscalização da prestação de contas, à exposição de dúvidas ou de sugestões de melhoria em sua forma de apresentação. Assumiram seu papel de definidores da alocação de recursos, ao reclamarem contra o uso dos recursos do SIA/SUS para pagamento do pessoal. Isso fez com que, em momento posterior, o secretário, antes de usá-lo com tal fim, submetesse a decisão à aprovação do conselho. E, ainda, lutaram por receitas para o fundo, quando exigiram reunião com o novo prefeito para solicitar contrapartida municipal para a saúde.

Destaca-se que, de alguma forma, os conselheiros usuários, ao trazerem as demandas da sociedade para o conselho, influenciaram na alocação dos recursos, quando a secretaria atendeu a algumas destas demandas, reordenando gastos.

Para abordar melhor os limites dos conselheiros no exercício do controle sobre o FMS, serão analisadas as tabelas de receitas e despesas de 1995 e de 1996, elaboradas com base nas prestações de contas registradas nas atas de reuniões do conselho.

Tabela 8 – Receitas e despesas do SUS/Santana do Ipanema. Movimentação do FMS/SI – 1995

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL
RECEITA													
Saldo anterior	2.879,28	16,16	9.071,90	8.444,08	133,93	631,51	17.990,27	1.464,94	580,27	12.805,20	12.977,25	20.063,53	87.058,32
SIH/Depósito do SUS	25.755,86	32.031,30	22.872,74	23.778,60	24.763,09	47.472,02	9.347,84	26.665,28	49.787,93	28.149,72	51.714,48	39.697,90	382.036,76
Depósito PMSI	24.573,12	1.342,10	24.418,33	–	14.855,76	19.654,82	15.650,24	10.800,00	22.261,00	19.311,03	19.771,57	39.780,08	212.418,05
Rendimento de aplicação	–	–	424,28	277,55	8,05	2,01	–	0,56	–	0,90	0,36	0,43	714,14
Total de receita	53.208,26	33.389,56	56.787,25	32.500,23	39.760,83	67.76036	42.988,35	38.930,78	72.629,20	60.26685	84.463,66	99.541,94	682.227.27
DESPESAS													
Pessoal	22.868,50	4.899,35	37.635,30	13.501,50	24.656,21	30.893,19	17.407,77	18.261,08	32.667,52	31.786,36	31.938,21	52.107,10	318,622.09
Material de consumo	30.323,60	18.521,57	6.629,15	18.473,04	10.457,58	18.332,20	22.638,03	18.454,20	26.133,16	14.894,13	31.363,69	11.019,09	227.239,44
Medicamentos*	28.665,20	15.473,88	5.390,15	14.144,04	9.910,58	9.687,48	18.668,58	16.699,32	22.662,42	14.310,24	28.394,09	8.211,05	192.217,03
Material permanente	–	298,37	3.565,71	–	3.406,59	–	859,90	1.150,11	350,00	84,40	106,35	219,80	10.041,23
Despesas correntes	–	598,37	513,01	391,76	608,94	544,70	617,71	485,12	673,32	524,71	991,88	831,07	6.780,59
Total de despesas	53.192,10	24.317,66	48.343,17	32.366,30	39.129,32	49.770,09	41.523,41	38.350,51	59.824,00	47.289,60	64.400,13	64.177,06	562.683,35
Saldo/mês seguinte	16,16	9.071,90	8.444,08	133,93	631,51	17.990,27	1.464,94	580,27	12.805,20	12.977,25	20.063,53	35.364,88	

* Medicamento é um subitem da despesa com material de consumo; seus valores estão, portanto, incluídos no item 'Material de consumo'. (A sua inclusão específica neste quadro visa a facilitar a análise.)

Tabela 9 – Receitas e despesas do SUS/Santana do Ipanema. Movimentação do FMS/SI – 1996

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Receita													
Saldo anterior	35.364,88	29.191,28	30.235,02	31.314,24	19.248,75	12.724,40	10.470,80	8.935,79	51.790,76	138.876,89	141.037,96	109.351,74**	618.542,51
SIH/Depósito do SUS	31.947,44	32.696,24	37.231,86	27.185,42	27.240,97	32.680,99	41.427,53	87.475,78	41.920,26	42.175,55	42.461,76	42.729,41	487.173,21
Depósito PMSI	19.897,30	19.890,16	24.948,49	24.670,92	24.670,92	24.761,04	26.671,05	27.199,25	27.666,12	–	29.000,00	–	249.375,25
FNS	–	–	–	–	–	–	–	–	108.000,00	–	–	–	108.000,00
Depósito P.S.F.	–	–	–	–	–	23.100,00	–	–	–	31.150,00	–	–	54.250,00
Rendimento Aplicação	0,36	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,02	238,96	241,34
Total de Receita	87.209,98	81.777,68	92.415,37	83.170,58	71.160,64	93.266,43	78.569,38	123.610,82	229.377,14	212.202,44	212.501,74	152.320,11	1.517.582,20
Despesas													
Pessoal	32.067,20	32.936,97	33.706,29	34.336,31	35.212,75	42.049,69	45.809,93	44.724,78	44.982,58	45.247,89	53.556,08	57.695,68	502.326,15
Material de consumo	24.365,70	14.951,02	21.268,89	25.970,31	18.861,83	22.876,93	18.028,57	22.615,59	38.681,37	19.712,13	29.326,54	8.360,90	265.019,78
Medicamentos*	18.641,02	11.290,19	16.936,58	16.631,14	14.118,56	12.615,40	14.959,34	14.105,07	35.846,42	14.541,37	22.827,47	1.731,00	194.243,56
Material permanente	413,60	2.756,75	904,00	–	113,00	12.757,00	903,89	472,00	2.551,50	1.374,50	15.320,50	155,00	37.721,74
Despesas correntes	1.172,20	897,92	5.221,95	3.615,21	4.248,66	5.112,01	4.891,20	4.007,69	4.284,80	4.829,96	4.946,88	3.303,18	46.531,66
Total de Despesas	58.018,70	51.542,66	61.101,13	63.921,83	58.436,24	82.795,63	69.633,59	71.820,06	90.500,25	71.164,48	103.150,00	69.514,76	851.599,33
Saldo/mês seguinte	29.191,28	30.235,02	31.314,24	19.248,75	12.724,40	10.470,80	8.935,79	51.790,76	138. 876,89	141.037,96	109.351,74	82.805,35	

* Medicamento é um subitem da despesa com material de consumo; seus valores estão, portanto, incluídos no item 'Material de consumo'.

** Neste total estão incluídos o saldo das contas do SIA/SUS (R$ 30,44) e da folha de pagamento dos funcionários (R$ 43,08), que somam R$ 73,52.

Nestas tabelas, demonstra-se a movimentação financeira do Fundo Municipal de Saúde de Santana do Ipanema nos anos de 1995 e 1996, com receitas e despesas efetuadas. As receitas têm como fontes financiadoras os recursos da prefeitura municipal, do Ministério da Saúde e de convênios específicos.

A receita proveniente da prefeitura municipal é uma contrapartida em percentual dos seus recursos próprios; não existe lei que defina este percentual, que fica à mercê de decisões políticas. "Estes recursos são usados para pagamento da folha de pessoal, manutenção de veículos, combustível, complementação dos insumos e medicamentos para a sede da saúde pública, além da contrapartida para convênio específico" (Plano Municipal de Saúde, 1996-1997).

As receitas vindas do Ministério da Saúde são repassadas para o município de acordo com o teto financeiro e, eventualmente, por meio de convênios específicos. "Os recursos do Ministério da Saúde são utilizados basicamente para manutenção da rede e complementação de pessoal. Os recursos de convênios específicos são utilizados de acordo com a definição do objeto" (Plano Municipal de Saúde 1996-1997). Segundo entrevista com o gestor municipal, foram firmados convênios entre a SMS e Projeto Nordeste (obras, equipamentos e capacitação de recursos humanos), Programa Leite é Saúde, Programa da Saúde da Família e Programa de Combate às Endemias da Fundação Nacional de Saúde.

As despesas são os gastos efetuados pela SMS e são compostas por itens que englobam diversos subitens: Pessoal (remuneração, prestação de serviços, gratificação, produtividade, plantão, Pacs); Material de consumo (material de limpeza, medicamentos, material cirúrgico e odontológico, rouparia, material de expediente, acessórios para manutenção); Material permanente (equipamentos, material para manutenção, outros), Despesas correntes (telefone, aluguel, luz, água). Esses itens e subitens de despesas variam muito entre as prestações de contas apresentadas e registradas em atas. Nas tabelas 8 e 9, para simplificar, sintetizam-se as despesas, agrupando-as nos quatro itens.

Observa-se que as receitas totais referentes à contrapartida da prefeitura para a SMS nos anos de 1995 (R$ 212.418,05) e de 1996 (R$ 249.975,25) foram inferiores às receitas previstas – que, em 1995, foram de R$ 310.000,00 e, em 1996, de R$ 470.000,00. Não há registrado, nas atas das reuniões, questionamento algum a esse respeito feito pelos conselheiros.

Outro ponto a ser destacado é que, apesar de as receitas da prefeitura municipal serem destinadas prioritariamente ao pagamento de pessoal, elas cobriram apenas 67% do total desta folha em 1995, e de 50% em 1996; o

restante foi pago com recursos do Ministério da Saúde. E nota-se ainda uma ausência da contrapartida do município nos meses de outubro e dezembro de 1996, a qual, conforme registro em atas, foi questionada pelos conselheiros.

Em relação às receitas provenientes de convênios, observa-se que aparecem as do Programa de Combate a Endemias da FNS, em setembro de 1996. Os conselheiros fizeram alguns comentários sobre essas receitas e o gestor apresentou uma prestação de contas específica para elas. Aparecem também como receita recursos do PSF em junho e outubro desse mesmo ano. Coincidentemente, essas receitas chegam no período próximo às eleições municipais de novembro de 1996. Entre as receitas do FMS, não estão registrados nas prestações de contas realizadas mês a mês os recursos advindos do Projeto Nordeste e do Programa Leite é Saúde. Esse fato também não foi discutido pelos conselheiros durante as reuniões.

Não aparecem, especificamente, entre os gastos, os recursos destinados ao pagamento da rede privada – laboratório e médicos particulares conveniados. Nem mesmo é registrado qualquer comentário dos conselheiros a respeito, apesar de os recursos para estes últimos terem aumentado significativamente de distribuição do teto financeiro entre as unidades de serviço de saúde (cf. tabelas 6 e 7).

Observa-se que não há, por parte dos conselheiros, rigor na fiscalização das prestações de contas. Algumas dificuldades explicam essa falha: os conselheiros só recebem a prestação de contas na hora da reunião, tendo pouco tempo para analisá-la; apresenta-se a prestação de contas de meses acumulados em uma só reunião (na de 20/12/95, por exemplo, foram apresentadas prestações de contas de cinco meses); as contas são apresentadas de forma fragmentada, ou seja, não há um quadro geral com a movimentação do FMS mês a mês, que possibilite uma análise comparativa de receitas e gastos; e, como dito anteriormente, os conselheiros têm dificuldade na compreensão da linguagem contábil-financeira.

Sobressaem no item 'Consumo' os gastos com medicamentos, que absorvem de 74,5% dos gastos totais deste item e 25% do total dos gastos do FMS. O alto percentual destinado a medicamentos demonstra que se gasta muito com a ação curativa, o que, inclusive, coloca em xeque o modelo assistencial de Santana do Ipanema, que se diz "pautado no modelo de vigilância em saúde" (Relatório de Gestão 1993-1995). O conselheiro representante do Sindicato de Trabalhadores Rurais chama atenção para o aumento de gastos com medicamentos – que vinha mantendo uma média mensal de R$ 15.000,00 – no mês de setembro de 1996 e atribuiu tal aumento a manobras eleitorais. No referido mês, o aumento foi de aproximadamente

139% em relação à média dos meses anteriores. Nesse período, não há registro em ata, ou em qualquer outro documento da SMS, de surto, de epidemia ou outra alteração no perfil epidemiológico do município, não havendo, aparentemente, justificativa técnica para elevado índice de aumento no gasto com medicamentos.

É comum o alto gasto mensal com medicamentos nos municípios, segundo informações em entrevista com assessor da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Alagoas. Os medicamentos de Santana do Ipanema são distribuídos por unidades de saúde, de acordo com avaliação do saldo e gasto de cada mês e com um mapa de controle de estoque e pedidos (informações do gestor municipal da saúde, em entrevista à autora durante a pesquisa de campo). As compras desses medicamentos são feitas nos laboratórios oficiais Lafepe (Laboratório Farmacêutico Estadual de Pernambuco), Furp (Fundação para o Remédio Popular) e Lifal (Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas), e complementadas com os representantes de outros laboratórios (entrevista com gestor da saúde durante a pesquisa de campo).

Este gasto elevado com medicamentos chama a atenção para uma questão importante: o beneficiamento de setores privados. Primeiro, porque a maioria dos laboratórios que produzem os produtos farmacêuticos é de economia mista, a exemplo do Lifal, que tem participação privada. Segundo, porque os remédios vendidos por representantes são de grupos privados fortes, que forçam a venda de seus produtos nos municípios. A compra de medicamentos pelo setor público abre um campo de disputa do setor privado para a venda de sua produção. Essa também é uma forma pela qual os recursos públicos da saúde são dirigidos para o jogo do mercado e do lucro.[84]

Além disso, o uso de medicamentos para fins clientelistas e eleitoreiros é uma prática muito comum nos municípios. Também no Lifal essa é uma prática comum: os cargos de direção são escolhidos por indicação política do governador do estado e, segundo entrevista com antigo funcionário, seus produtos são usados, muitas vezes, de forma clientelista, em épocas de eleição.

Apesar de o aumento extraordinário nos gastos com medicamentos no mês de setembro de 1996 ter sido problematizado por um conselheiro, não há registro de questionamento quanto aos fornecedores e à ausência de licitações para essas compras, que envolvem valores altos.[85]

A análise das tabelas 6, 7, 8 e 9 confirma a fragilidade e superficialidade do controle dos conselheiros sobre o FMS. Apesar de o exercício desse controle limitar-se ao acompanhamento e fiscalização das prestações de contas, ele não é feito com precisão e rigor. Além de superar a precariedade

do acompanhamento das prestações de contas, os conselheiros precisariam dar um salto qualitativo em sua atuação, não só fiscalizando gastos já realizados, mas interferindo efetivamente na alocação dos recursos do FMS, de forma a direcionar seu uso. Dessa forma, o controle exercido superaria o nível fiscalizador de gastos efetivados e passaria a controle social de fato.

Considerações Finais

A possibilidade de haver controle social sobre as ações estatais se constituiu, no período de democratização do Estado brasileiro, como decorrência das mudanças na relação entre este e a sociedade.

Na área da saúde, as primeiras interlocuções dos movimentos populares com o Estado têm origem nos conselhos populares da Zona Leste de São Paulo. Depois, a participação na perspectiva do controle social passa a ser uma das bandeiras do Movimento Sanitário, que ganha legitimidade na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco de fortalecimento da proposta do SUS.

Na Constituição de 1988, o SUS ganha legalidade e a 'participação da comunidade' passa a integrar o artigo 198. Mas é com a regulamentação do SUS, na Lei 8.142, que tal participação é institucionalizada por meio de duas instâncias colegiadas, a conferência e o conselho de saúde, esta última com caráter deliberativo. Essa participação é concebida pelo Movimento Sanitário como controle social, na medida em que compete ao conselho atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Destaca-se, aqui, o exercício do controle social sobre a política de saúde, principalmente, sobre os recursos a ela destinados. O controle social só se concretiza se houver um controle sobre o fundo público da saúde; de outra forma, ele é apenas formal. A sociedade, por meio de seus representantes no conselho, deve opinar, intervir e definir sobre os gastos na saúde, direcionando-os para o atendimento às necessidades e interesses da coletividade.

Nos conselhos estão representados diferentes interesses que se confrontam, e vence a proposta dos setores mais articulados, que têm maior poder de barganha. Os conflitos se revelam também na destinação dos recursos públicos, que podem ser usados para finalidades diversas: fortalecer um modelo assistencial curativo (priorizando atendimentos hospitalares de média e alta complexidade, favorecendo grupos de empresas nacionais e

internacionais de insumos, medicamentos e equipamentos tecnológicos) ou fortalecer um modelo assistencial de promoção da saúde; reforçar programas verticalizados ou organizar serviços de acordo com as necessidades locais; comprar cada vez mais serviços privados da rede conveniada/contratada ou ampliar a rede pública. Tais recursos podem ser aplicados de forma clientelista ou segundo critérios técnicos. Enfim, é na aplicação dos recursos que se vai modelando uma gestão para construção e consolidação do SUS, ou para o seu desmonte, atendendo cada vez mais aos interesses do capital.

O que preconiza o SUS, ou seja, suas diretrizes, princípios e modelo assistencial, significa uma resistência ao rumo que a política de saúde, de um modo geral, vem tomando.[86] De um lado, temos o SUS legal, universal, gratuito, público, descentralizado e com participação social; de outro lado, temos as investidas na quebra da universalidade, da gratuidade e do seu caráter público. São interesses diferentes em disputa: remanescentes do Movimento Sanitário, parlamentares, movimentos sindicais e populares contra as propostas dos grupos privados de prestação de serviços de saúde, empresas nacionais e internacionais de equipamentos e medicamentos e alguns burocratas estatais. A implantação do SUS vem sendo sabotada pela política econômica neoliberal,[87] em curso no país, que não garante fontes estáveis de recursos para a saúde e desvia recursos do Orçamento da Seguridade Social para áreas fora de seu âmbito (previdência, saúde e assistência).

Na esfera municipal, temos assistido a várias experiências bem-sucedidas de implantação do SUS,[88] em que o gestor demonstra vontade política de realizar uma gestão permeável às demandas da população, alocando os recursos para atender a suas necessidades. A descentralização dos recursos tem favorecido essas gestões, e a participação social efetiva os tem colocado na direção dos interesses da coletividade. São essas experiências que mostram o verdadeiro SUS, porém elas têm se dado isoladamente e são minoria no contexto da política nacional de saúde.

A política adotada pelo Ministério da Saúde, de priorizar os programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários, incentivando com mais recursos os municípios que atingirem uma maior cobertura da população, tem, muitas vezes, surtido um efeito contrário à estrutura propugnada pelo SUS. Alguns municípios abraçam esses programas como as únicas ações de saúde, destruindo a estrutura do modelo assistencial do SUS; outros conseguem incorporá-los na estrutura de saúde local, não a distorcendo. Neste segundo caso, os programas têm surtido um efeito positivo.

A reciclagem do modelo médico assistencial privatista de que fala Eugênio Vilaça Mendes (1994), implementado desde o período da ditadura, é uma orientação do projeto neoliberal que tem beneficiado o setor privado da

saúde, basicamente, de quatro formas. Primeiro, com a renúncia fiscal por meio de isenção de impostos, tributos e contribuições dos grupos filantrópicos e/ou privados, e ainda por meio do abatimento dos gastos com saúde no imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas que têm planos de saúde. Segundo, quando a legislação considera os serviços de saúde como custos operacionais das empresas, permitindo repassá-los aos preços dos produtos, fazendo o seu pagamento recair sobre o conjunto da população. Terceiro, quando os segurados da rede privada usam os serviços da rede pública em situação de emergência ou para o tratamento de alto custo, pois a maioria dos seguros não os cobre.

Na quarta forma, o Estado repassa recursos públicos diretamente para a rede privada, por meio da compra de serviços, já que a Constituição de 1988 estabelece a rede privada como complementar à rede pública. Essa complementaridade está distorcida, na medida em que cerca de 70% dos serviços prestados pela rede pública são produzidos pela rede privada (Cohn, 1996). Esses recursos públicos também são repassados em algumas modalidades de gestão – terceirização, delegação, parcerias com 'organizações sociais' –[89] que são formas de privatização da rede pública: nelas, repassam-se recursos públicos para a administração de grupos privados. Essa 'complementaridade' da rede privada, ou essa transferência de gestão para grupos privados, anda ombro a ombro com o SUS, e muitos de seus 'defensores' não vêem incompatibilidade alguma nesta simultaneidade. Na arena do SUS, coexistem concepções diferentes dos atores que a compõem, que expressam também interesses divergentes. O SUS tem sido distorcido e corroído na sua base e em seus princípios, mesmo pelos que se dizem adeptos. Os verdadeiros defensores do SUS vêm resistindo ao rumo que a política nacional de saúde está tomando e tentam assegurar o que já foi conquistado.

A expansão da compra de serviços ao setor privado implica o repasse direto de recursos públicos para a rede privada, subsidiando o processo de acumulação de capital, na medida em que a rede privada tem fins lucrativos. Os recursos públicos se privatizam quando se substituem os fundos de acumulação privada por fundos estatais. Dessa forma, acontece o processo de privatização do público, em que recursos públicos servem como argamassa da reprodução do capital, como aponta Oliveira (1990b).

Esse processo de privatização do fundo público da saúde faz parte de um processo maior, que compõe a particularidade da utilização do fundo público na realidade brasileira.

O fundo público é estrutural no sistema capitalista: é utilizado para o financiamento da acumulação de capital e para o financiamento da reprodução da força de trabalho. Nos países do *Welfare State*, o fundo público foi

progressivamente usado para o financiamento da reprodução da força de trabalho, aumentando o salário indireto e o poder de compra do trabalhador. Essa forma que o fundo público assumiu foi chamada por Oliveira (1993) de "modo social-democrata de produção", que substituiu a auto-regulação capitalista, num processo simultâneo à estruturação de uma esfera pública e à consolidação da democracia.

No Brasil, o *Welfare State* não passou de um arremedo. Segundo Oliveira (1990a), o que se deu aqui foi um 'Estado de mal-estar', resultado de uma economia de regulação 'truncada', sobredeterminada por um Estado autoritário, sem regras na regulação da economia, que se torna, assim, um Estado com esfera pública desestruturada e com uma democracia não consolidada.

A utilização do fundo público se deu de forma casuísta, à mercê de interesses privatistas e clientelistas. Contudo, na década de 80, palco de efervescências políticas, a sociedade civil mostrou, segundo Oliveira (1995a), capacidade de responder ao ataque neoliberal, organizando-se. Como o uso do fundo público é determinado pelas regras assentidas entre os principais grupos políticos, ou seja, o gasto público é determinado pela luta de classes, houve, da parte dos trabalhadores, uma resistência à privatização. Restabeleceram-se canais de interlocução entre Estado e sociedade, criaram-se espaços de possibilidade do controle social sobre as ações estatais, sobre o gasto público, sobre o papel do Estado no movimento da economia, na destinação de gastos a finalidades sociais.

Porém, com o reflexo no Brasil da crise do *Welfare State* e a exigência de uma intervenção estatal nos limites da necessidade de reprodução do capital, vem se implantando um 'neoliberalismo à brasileira', nos termos de Oliveira (1995a), que começou durante o governo Collor e vem se intensificando com Fernando Henrique Cardoso. Houve um refluxo do movimento popular e sindical, decorrente de uma certa apatia social, alimentada pelo fantasma do desemprego, do fim da estabilidade funcional etc. Mas, observa-se também, entre setores da sociedade, uma capacidade de criar formas de democratização e intervenção "na condução dos negócios do Estado, ameaçando o monopólio que as classes dominantes tinham sobre os recursos estatais" (Oliveira; 1995b:8).

No setor saúde, as CNSs, desde a VIII CNS/86, têm mobilizado as organizações populares e sindicais em torno de um projeto nacional. A IX CNS/92 e a X CNS/96 demonstraram a força mobilizadora do setor, realizando conferências municipais e estaduais, que culminaram em legítimas conferências nacionais, com delegados eleitos nas bases. Demonstraram também uma grande capacidade de contestar a política neoliberal em curso e capacidade propositiva.

Os conselhos de saúde, realidade atualmente no Brasil – existem em mais de 94% dos municípios –, são considerados mecanismos de controle social da política de saúde, devido ao seu caráter deliberativo, inclusive sobre os aspectos econômicos e financeiros. São milhares de novos sujeitos políticos na arena do SUS. Esses conselhos podem interferir na "condução dos negócios do Estado no setor saúde, democratizando o espaço público, até então um santuário sagrado de outras classes ou interesses" (Oliveira, 1988:22).

Apresentou-se, aqui, um estudo de caso sobre o Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema, em Alagoas. Nele, procuramos verificar como se deu o controle social sobre a verba para o setor, concentrada no Fundo Municipal de Saúde (FMS) – composto por recursos oriundos do Ministério da Saúde, conforme teto financeiro municipal; de convênios específicos (programas Saúde da Família e Leite é Saúde, Projeto Nordeste e Programa de Combate às Endemias da Fundação Nacional da Saúde); e por recursos próprios da prefeitura municipal.

Por meio da análise das atas, de leis municipais, do relatório da oficina de avaliação do conselho e das entrevistas, chegou-se a algumas conclusões.

O município não tem tradição de fortes organizações populares e sindicais. Pelo contrário, as associações comunitárias da zona rural foram organizadas graças ao apoio das instituições governamentais Emater e Papp, e suas lutas se dão em torno de questões imediatistas. Das quatro associações de moradores existentes, três foram criadas por vereadores com fins eleitoreiros, e o único sindicato, que é o de trabalhadores rurais, tem características corporativistas e assistencialistas. Os trabalhadores da saúde não têm organizações locais. Os movimentos religiosos apresentam também características assistenciais. Os representantes dessas entidades compõem o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Apesar de não serem entidades com tradição de luta, os seus representantes no conselho demonstraram compromisso ao freqüentarem, durante o período analisado, uma média de, no mínimo, 50% das reuniões. Os representantes que fizeram maior número de intervenções foram o gestor municipal da saúde, os trabalhadores da saúde e o representante das associações de moradores.

Observou-se que os representantes do segmento de usuários mantiveram uma constante articulação com as entidades que representam, o que estabeleceu uma certa permeabilidade da gestão municipal às demandas da população. O conselho se constituiu em um espaço de interlocução entre a sociedade e a gestão da saúde, na medida em que algumas dessas demandas foram respondidas positivamente, interferindo de forma indireta na destinação dos recursos destinados ao setor.

Em relação ao controle social do CMS sobre o FMS, destacam-se alguns pontos para reflexão.

Observou-se que a prestação de contas das receitas e despesas do FMS foi prática constante do gestor. Nas reuniões, segundo registro nas atas, os conselheiros fizeram questionamentos a respeito de um gasto ou outro, aos quais o gestor respondeu em seguida. Os conselheiros solicitaram algumas alterações na forma de prestação de contas, como, por exemplo, que fossem apresentadas notas comprobatórias dos gastos, que as receitas fossem apresentadas antes das despesas, que esta última fosse mais detalhada, que se distribuíssem cópias da prestação de contas para cada um deles, e que fosse apresentada também a prestação de contas de recursos extras de convênio. Todas essas solicitações foram atendidas pelo gestor. Assim, os conselheiros obtiveram pelo menos o acesso às informações sobre receitas e despesas públicas da saúde. Nas entrevistas, todos confirmaram a transparência na gestão dos recursos e o acesso a tais informações.

É de grande importância a transparência e o acesso às informações sobre os recursos, pois estes, na realidade brasileira, têm sido considerados reservados a quem os administra. Os recursos públicos são geralmente tratados como um bem 'do governo', e não da sociedade, e este os administra conforme seus critérios, que, muitas vezes, não são estabelecidos para beneficiar a população, mas para atender a interesses clientelísticos e/ou privatistas.

O acesso à informação cria a possibilidade do controle social, como afirmou um conselheiro usuário em entrevista à autora durante a pesquisa de campo: "antes ninguém sabia o que entrava nem o que saía, e agora se sabe". A existência do conselho e seu acesso às contas do FMS constituem um espaço de alteridade, em que o que é público pode tornar-se do público. Conforme o mesmo conselheiro, "pelo menos o gestor fica com medo de apresentar uma conta errada". Nesse espaço democrático de participação – o conselho –, surge a possibilidade do resgate e/ou ampliação da esfera pública, tão sucateada, reduzida e desestruturada.

Porém, no caso do conselho estudado, as interferências dos conselheiros na alocação de recursos foram muito limitadas. Essas aconteceram quando os conselheiros traziam demandas da população, como solicitação de reforma do posto de saúde, saneamento básico, contratação de mais médicos etc., e algumas eram atendidas. E também quando reclamaram contra a utilização dos recursos vindos do Ministério da Saúde (SIA/SUS) para pagamento de pessoal e contra a inexistência de contrapartida dos recursos da prefeitura, e ainda, quando não aprovaram a prestação de contas dos meses de novembro e dezembro de 1996.

O controle social sobre o FMS pelos conselheiros limitou-se à aprovação ou reprovação das prestações de contas e/ou pedidos de esclarecimentos sobre gastos efetuados. Os conselheiros não participaram das decisões sobre os gastos a serem efetuados, a não ser quando aprovaram o Plano Municipal de Saúde e o Plano de Aplicação Financeira, elaborados pela assessoria técnica da SMS, sem a sua participação.

Apesar de considerarem fundamental a questão dos recursos, os conselheiros se limitaram a acompanhar e/ou fiscalizar os gastos já realizados. Nas entrevistas, a maioria dos conselheiros falou de sua dificuldade em compreender a prestação de contas e da necessidade de cursos de capacitação para tal. A análise das tabelas das prestações de contas dos anos de 1995 e 1996 revela a fragilidade desse acompanhamento e/ou fiscalização: grande montante de recursos de alguns convênios não apareceu na prestação de contas, sem que tenha havido, por parte dos conselheiros, qualquer questionamento.

Em que pese haver, sistematicamente, a apresentação das receitas e despesas ao conselho, este procedimento não garante o controle dos recursos públicos para a saúde, em parte devido à forma de apresentação da movimentação financeira e, em parte, em decorrência do despreparo dos conselheiros para a plena realização dessa atividade de avaliação e análise financeira.

Em relação aos recursos repassados para os serviços privados, que não aparecem na prestação de contas, não há registro de questionamentos por parte dos conselheiros. O montante a eles destinados aparece nas duas tabelas (6 e 7) de distribuição do teto financeiro entre as unidades de saúde do município. Observa-se que, da Tabela 6 (junho de 1995) para a Tabela 7 (novembro de 1996), houve um aumento de recursos a serem repassados para médicos particulares credenciados, sem que qualquer conselheiro tenha comentado o fato. Isso evidencia que a privatização dos recursos públicos não integra o universo de preocupação dos conselheiros do município estudado.

O controle social sobre os recursos públicos da saúde é um desafio para os conselheiros, pois são inúmeras as dificuldades para sua efetivação. Primeiro, por ser uma prática recente, que vem substituir toda uma postura de submissão que levava a tratar os recursos como uma questão melindrosa e intocável, restrita à alçada dos burocratas e administradores. Muito caminho tem de ser trilhado para que o que é público se torne objeto de controle social.

Depois, porque os instrumentos de prestações de contas ainda são muito complexos, o que dificulta a avaliação de receitas e despesas e a conferência das notas comprobatórias. Além disso, as informações sobre as receitas

são domínio do gestor, ficando a critério dele repassá-las ou não ao conselho. Existem muitos artifícios contábeis que harmonizam receitas e despesas, o que torna difícil sua verificação.

Porém, alguns pontos podem ser melhorados para facilitar o controle sobre os recursos. Diante das dificuldades, os conselheiros entrevistados sugeriram oficinas de capacitação que lhes possibilitem entender, inclusive, o fluxo de movimentação dos recursos para a saúde – de onde, como quando chegam, quanto vem, entre outras.

E, para facilitar a prestação de contas, fizeram algumas sugestões: "é mais viável fazer o balancete numa folha; em uma coluna, coloca-se receita, e a despesa em outra"; "se pagassem cada coisa com um cheque diferente, seria ótimo (...) eles juntam e fazem um só pagamento, isso dificulta".

Seria importante que os conselheiros tivessem acesso à fonte de receitas e ao extrato mensal das contas do FMS, para não ficarem à mercê das informações do gestor. Na tentativa de superar esse problema, alguns conselhos criaram comissões específicas para acompanhar o movimento do FMS, as quais trazem suas observações para a apreciação de todos os integrantes. Outros conselhos têm recorrido a uma assessoria específica, que fica à disposição para explicações e esclarecimentos.

Além de acompanhamento, fiscalização e avaliação da movimentação financeira do FMS, destaca-se a importância da participação do conselho na elaboração do planejamento municipal da saúde e no seu respectivo plano de aplicação financeira. A passagem do nível meramente fiscalizador para um nível propositivo tornaria o exercício do controle social mais efetivo. Os conselhos precisam interferir na alocação dos recursos, orientando-os na direção dos interesses da coletividade. As propostas em torno do orçamento participativo para a saúde na X CNS/96 giraram em torno desse ponto.

O controle social sobre as ações do Estado é um desafio que implica a democratização do fundo público e, conseqüentemente, a estruturação de uma esfera pública.

A criação e fortalecimento de mecanismos de controle social e a democratização da gestão do fundo público se fazem urgentes. Podem contribuir para a reversão da tendência, em curso no Brasil, de apropriação privada do que é público e de sua mercantilização em busca do lucro, mudando o rumo de sua utilização e levando-o a, cada vez mais, financiar a produção de bens e serviços coletivos, estendidos a toda população.

A saúde – condição vital – não pode ficar à mercê das leis do mercado. O SUS precisa ser retomado e consolidado.

Notas

[1] O termo 'institucionalização da participação' ou 'participação institucionalizada' utilizado aqui está de acordo com a conceituação de Antônio Ivo de Carvalho: "processo de inclusão no arcabouço institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade, investidas de algum nível de responsabilidades de governo" (Carvalho, 1995:26).

[2] Concepção baseada em Gramsci (1984), para quem a condição subalterna é determinada pelo lugar que os segmentos de classe ocupam no conjunto das relações de produção e nas relações de poder na sociedade capitalista.

[3] Na sociedade capitalista, o trabalhador vende a única mercadoria que possui – sua força de trabalho – e recebe em troca um salário para adquirir o necessário à reprodução da sua capacidade de trabalho, que deveria suprir as suas necessidades fundamentais e as de sua família. Aqui quando se fala em recursos públicos financiando a reprodução da força de trabalho, estamos nos referindo aos recursos empregados em bens e serviços coletivos, como saúde, educação, moradia, previdência, entre outros, que contribuem para essa reprodução. Estes funcionam como salário indireto ao oferecer parte das necessidades básicas dos trabalhadores.

[4] O *Welfare State* foi a configuração que o capitalismo assumiu em vários países da Europa, depois da II Guerra Mundial até a década de 70, quando entrou em crise. Baseava-se na regulação keynesiana que buscava igualdade e pleno emprego. Nesse período houve uma regulação política da economia refletindo na universalização e ampliação dos direitos. José Paulo Netto (1993) considera que o *Welfare State* foi o único ordenamento sociopolítico na ordem do capital que visou a compatibilizar a dinâmica da acumulação e da valorização capitalista com a garantia de direitos políticos e sociais mínimos.

5 Somente no final da II Guerra Mundial expandiu-se a utilização do fundo público para o financiamento da reprodução da força de trabalho, socializando-se, portanto, o custo interno da produção. A expansão desse financiamento, que se tornou um salário indireto, foi impulsionada como uma das estratégias keynesianas para ascensão do consumo de massa e a consecução do *Welfare State*. Oliveira (1988) apontou a combinação de alguns elementos para ascensão do consumo de massa: o progresso técnico, a organização fordista da produção, os enormes ganhos de produtividade e o salário indireto.

6 O mesmo autor afirma que "a dialética instaurada pela função do fundo público na reprodução do capital e da força de trabalho levou a inusitados desdobramentos. Há, teoricamente, uma tendência à desmercantilização da força de trabalho pelo fato de que os componentes de sua reprodução representados pelo salário indireto são antimercadorias sociais" (Oliveira, 1988:16). Destaca-se que existem teóricos contemporâneos que discordam desta análise.

7 Anthony Giddens é um sociólogo europeu articulador de uma teoria pós-moderna nas ciências sociais. Ficou célebre na mídia internacional, nesta década, ao ser associado às idéias em torno de uma terceira via. É também amigo do primeiro-ministro inglês Tony Blair.

8 Robert Kurz é sociólogo e ensaísta alemão. Publicou no Brasil, entre outros, *O Colapso da Modernização,* em 1992. Ele se contrapõe aos grandes intelectuais acadêmicos de esquerda que se encontram próximos ao governo, agindo como se o antigo universo da esquerda estivesse de novo em ordem, embora a política governamental conduza ao contrário de tudo aquilo que sonharam um dia. Cita como exemplos Anthony Giddens, na Inglaterra, que se deixou levar pelo Novo Trabalhismo, e Oskar Negt, na Alemanha, que escreveu um livro para justificar a social-democracia de Schoeder (*Folha de S. Paulo*, 1999).

9 Cf. Carnoy (1990). Poulantzas escreveu dois importantes trabalhos sobre o Estado. No primeiro, *As Classes Sociais no Capitalismo de Hoje*, aborda o Estado em uma visão estruturalista; no segundo, *O Estado, o Poder e o Socialismo*, confere ao Estado um caráter de classe.

10 Tradução da autora.

11 Durante a ditadura o Estado ampliou a política assistencial como estratégia para manter o controle sobre as tensões sociais e legitimar o regime, ao mesmo tempo em que franqueou ao capital privado a prestação de serviços considerados rentáveis como saúde, educação e habitação.

[12] De acordo com o autor, o Fundo de Investimentos do Nordeste (Finor) e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) são parte da crescente interação entre Estado e economia, "característica do capitalismo contemporâneo, em que os fundos públicos constituem um pressuposto do processo de acumulação. A função do fundo público nesse processo consiste, em geral, em potenciar a acumulação para além dos limites impostos pela geração do lucro, utilizando uma riqueza pública que não é capital e que, portanto, na equação geral não é remunerada" (Oliveira, 1990b:73). Na mesma obra, Oliveira afirma que as estatais funcionam, ao lado do Finor e do BNDES, como fundos públicos privatizados, como complemento na direção do movimento de capitais.

[13] O programa neoliberal atravessou a década de 90 e foi incrementado no primeiro e no segundo mandatos de Fernando Henrique Cardoso. No final de 1998 e início de 1999, o país mergulhou em uma grande crise econômica com a desvalorização da moeda, seguindo a trilha percorrida pelo México, Tailândia, Coréia do Sul e Rússia. O governo enfrentou a crise com a receita do Fundo Monetário Internacional (FMI), aumentando impostos e cortando despesas.
Em entrevista à revista *Época* (fev. 1999) sobre a crise brasileira, tanto o inglês Eric Hobsbawn como o economista liberal americano John Kenneth Galbraith criticam a extrema submissão do Brasil às regras do FMI. Este último afirma ser essa a causa do sofrimento de inocentes e da impunidade dos culpados, ou seja, as pessoas que dependem de algum tipo de ajuda pública são punidas, ao passo que as instituições financeiras são salvas. Hobsbawn diz que o Brasil é vítima de uma crise global do capitalismo e que uma solução possível estaria em novas formas de controle do fluxo de capitais.
A recessão tem aumentado e o desemprego vem crescendo mais rapidamente no Brasil do que no restante do mundo. O país, de acordo com a pesquisa do economista Marcio Pochmann, professor do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) ocupa o quarto lugar nessa estatística mundial, ficando atrás apenas da Índia, da Indonésia e da Rússia (*Folha de S. Paulo*, 21 fev.1999).

[14] Sobre as negociações democráticas no uso dos recursos públicos, ver Telles (1994).

[15] O Sinpas separou a prestação de benefícios – que ficou sob a responsabilidade do INPS – da prestação da assistência médica, que ficou sob a responsabilidade do recém-criado Instituto Nacional de Assistência Mé-

dica e Previdência Social (Inamps). Este órgão foi composto por vários outros: INPS, Inamps, Iapas (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), Dataprev (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social), LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência), Funabem (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor) e Ceme (Central de Medicamentos).

16 O número de usuários do sistema privado de saúde tem crescido cada vez mais. Em 1988, cerca de 42 milhões de brasileiros compraram assistência à saúde no mercado privado. Em meados do ano 2000, esse número aumentou para aproximadamente 45 milhões.
O Ministério da Saúde constituiu, no início de 1998, um Conselho de Saúde Suplementar para participar da regulação do mercado privado de assistência à saúde, pois a Constituição Federal de 1988 conferiu aos serviços de saúde, públicos e privados, o título de setor de relevância pública, sujeito, portanto, à regulação pelo poder público, a favor dos usuários e consumidores.
A atual regulamentação dos planos e seguros-saúde (Lei 9.656/98), aprovada pelo Congresso Nacional, não contempla princípios básicos como o de cobertura obrigatória de todas as condições citadas na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde. A tendência será a de reduzir os custos em prol das empresas que fazem da saúde uma mercadoria. As novas regras começaram a vigorar em 4 de janeiro de 1999. A partir deste momento, somente empresas registradas na Superintendência de Seguros Privados (Susep) e cujos produtos tenham registro no Ministério da Saúde podem comercializar novos planos e seguros de saúde.

17 O estudo dessas propostas está em Mota, 1995.

18 Em 1994, o Governo Federal enviou ao Congresso uma proposta de emenda constitucional que significaria um grande retrocesso no concernente aos direitos adquiridos na área da saúde na Constituição de 88 – acesso universal e gratuito aos serviços –, quando propôs a modificação do artigo 196, acrescentando-lhe a expressão 'nos termos da lei'. Essa proposta foi retirada de pauta após uma mobilização nacional em defesa do SUS, levada adiante por movimentos sociais e sindicais e parlamentares aliados.

19 O Consenso de Washington, realizado em 1989, foi um desdobramento da reunião de integrantes do governo norte-americano e organismos financeiros (FMI, Banco Mundial e BID) realizada com o objetivo de

avaliar as reformas na América Latina e impor a adoção da proposta neoliberal em seus países como condição para concessão de cooperação financeira.

[20] Harvey (1993:119) denominou fordismo keynesiano ao conjunto de práticas do pós-guerra (1945-73) que teve como base o "controle do trabalho, tecnologias, hábitos de consumo e configurações de poder político-econômico".

[21] As políticas de saúde implementadas no final da década de 70 e nos anos 80 têm influência, principalmente, de dois modelos de reforma sanitária: o *managed competition*, ou competição administrada, modelo norte-americano, e o *internal market*, mercado interno, modelo inglês (Almeida, 1997).

[22] As organizações sociais foram criadas pela medida provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, que propõe a transformação de estabelecimentos públicos em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, sob a forma de fundação ou associação civil. A criação dessas 'organizações sociais' se insere na proposta da reforma estatal do Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare). Na reforma administrativa do sistema de saúde do Brasil, pressupõe-se que a separação clara entre a demanda e a oferta de serviços permite, entre os fornecedores dos serviços médicos hospitalares, o surgimento de um mecanismo de competição administrada altamente saudável.

[23] Rosângela Cotta et al. (1998) informam que 90% dos planos de saúde não cobrem tratamentos de doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas, doenças preexistentes em atendimento de urgência-emergência. Este estudo demonstra que "o sistema público de saúde, mesmo para aqueles que optaram pela saída para o mercado, tem sido duplamente utilizado para subsidiar o setor privado. Primeiro, quando os planos de saúde emitem AIHs para os pacientes conveniados e depois quando, justamente naqueles procedimentos de saúde mais onerosos, a saúde pública continua a ser única alternativa" (Cotta et al., 1998:104).

[24] Tradução da autora.

[25] Conforme Eugênio Vilaça Mendes (1994), na década de 80 o modelo de assistência médico-assistencial privatista foi reciclado pelo projeto neoliberal implementado. Esse modelo tornou-se hegemônico na década de 70 e tinha como bases o Estado como o grande financiador da previdência social; o setor privado nacional como o maior prestador de servi-

ços de atenção médica; e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

26 O único dispositivo constitucional que causou reação negativa do setor privado, fazendo com que se sentisse ameaçado de perder mais uma fonte de lucro, foi o da estatização dos bancos de sangue.

27 A Constituição Federal estabelece, no parágrafo único do art. 198, que o Sistema Único de Saúde será financiado "com recursos do Orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes".

28 A abertura da possibilidade de propor emendas ao projeto de lei do orçamento levou à apresentação de 75.000 e 72.000 emendas aos orçamentos de 1992 e 1993 respectivamente, situação que fez com que o Congresso fixasse um máximo de 50 emendas por parlamentar, número reduzido para 25 em 1994 (Giacomoni, 1994).

29 Atualmente, a saúde fica apenas com cerca de 25% do Cofins (que também financia outras áreas), e a participação na sua receita, que já foi próxima de 50%, baixou para 25% em 1998.

30 As restrições foram resultado de decisões políticas conjunturais que privilegiaram a previdência social. As transferências da fonte Contribuição sobre a Folha de Salário – tradicional financiadora de gastos com a saúde – para o Ministério da Saúde caíram de 55,95% em 1992 para 17,4% em 1993, até chegar a 0% em 1994. A partir deste ano, o orçamento do Ministério da Saúde torna-se totalmente dependente de repasses do Tesouro Nacional (Mendes, 1996).

31 Oficina de trabalho promovida pelo Conass, Conasems, Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), entre outras, em Maceió, em 18 e 19 de maio de 1995.

32 A criação desse fundo visa a burlar o princípio constitucional de que o OSS deve ser composto de Fontes Específicas da Seguridade (Contribuições Sociais) e Recursos Fiscais (Artigo 195-CF/88). O que se verifica é o oposto: o Orçamento Fiscal passa a ser suprido com Fontes da Seguridade Social (Elias Jorge, 1996).

33 Diante da insegurança nos repasses de recursos para a saúde e dos desvios destes para outros setores ao chegarem no Tesouro da União, a oficina de trabalho O Financiamento do SUS, realizada em Maceió em

1995, propôs: a retenção nos estados e municípios dos recursos de arrecadação federal correspondentes ao financiamento federal do SUS. Isso porque hoje estes recursos, ao serem transferidos, 'passeiam' por várias instâncias federais, com atrasos, depreciação dos valores iniciais, negociações políticas etc. Exemplos desta proposta de retenção poderia ser a transferência à esfera municipal da competência arrecadadora de 50% da Cofins, que ficariam no município para gastos com o SUS e com a assistência social, ou então, a retenção automática de 50% no Tesouro Municipal da arrecadação com a Receita Federal para este mesmo fim.

34 Dados apresentados por Elizabeth Diniz Barros na mesa-redonda O Financiamento do SUS – Fontes, Repasses e Estrutura de Gastos, durante a X CNS, realizada em Brasília em setembro de 1996.

35 A Comissão Intergestores Tripartite é um foro de negociação da descentralização da saúde. É integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos scretários estaduais de Saúde (Conass) e do conjunto dos secretários municipais de Saúde (Conasems).

36 O orçamento da saúde para 1999 "foi retirado do Congresso e reapresentado em novembro/98 no contexto do Programa de Ajuste Fiscal. Aprovado no final de janeiro/99, foi sancionado pelo presidente em meados de fevereiro, cabendo ao MS o total de R$ 19.555.360.852,00" (*Boletim do Conselho Nacional de Saúde*, mar.1999).

37 Segundo informações do Conselho Nacional de Saúde, em 1999 foi criada mais uma fonte de recursos para a saúde: 45% dos recursos do DPVAT – seguro obrigatório de veículos automotores –, passaram a ser depositados diretamente no Fundo Nacional de Saúde. A nova fonte foi instituída por meio de um decreto do presidente da República, como resultado de ação desencadeada pela Procuradoria Geral da República (*Boletim do Conselho Nacional de Saúde*, mar.1999).

38 Na X CNS denunciou-se que o Governo repassa para a saúde menos verba do que o previsto e desvia recursos do setor para outras áreas, como, por exemplo, o sistema financeiro, que é beneficiado pelo Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Fortalecimento do Sistema Financeiro Nacional (Proer), criado para salvar bancos da falência ou para pagar a dívida externa.

39 Termo utilizado por Ruth Cardoso em *Movimentos Sociais Urbanos: balanço crítico* (Sori & Almeida, 1983).

[40] Esses conselhos tinham características diferentes dos atuais conselhos estaduais e municipais de saúde, pois eram organizações próprias da população, completamente independentes do Estado, ao passo que os atuais estão inseridos na estrutura do Executivo.
A partir de abril de 1998, com a criação de 53 conselhos populares de saúde nas regiões leste e sudeste de São Paulo, essa experiência foi retomada: trata-se de conselhos que, pela sua autonomia em relação ao Estado, têm características semelhantes aos da década de 70. São resultado da organização dos movimentos de saúde e do apoio da União dos Movimentos Populares de Saúde da Cidade de São Paulo (UMPS). Têm uma atuação mais independente, voltada para a organização das lutas por saúde pública e qualidade de vida nos bairros, incluindo demandas como geração de emprego e renda, preservação do meio ambiente, saneamento básico, alimentação, educação, assistência à saúde, entre outras. Seus desafios são a integração dessas demandas em planos de lutas conjuntas, o fortalecimento das organizações populares em cada região e sua articulação com a UMPS. (*Mandato Popular*, informativo do vereador Carlos Neder, (6), jun.1998).

[41] O Suds foi criado por decreto em 1987, pelo então presidente José Sarney.

[42] O subsistema de atenção médica supletiva é o que mais tem crescido no Brasil. Conforme Mendes (1994), está formado por cinco modalidades assistenciais: a medicina de grupo, sistemas próprios, seguro-saúde, cooperativas médicas e planos de administração. A medicina de grupo está constituída por empresas médicas e é a modalidade de maior cobertura (48,2%) e volume de faturamento (41,3%). Está representada pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e pelo Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge).

[43] Dados da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), exraídos do *Jornal do Conasems*, ano IV(51), abr.1999.

[44] A administração pública tem sido gerida, do ponto de vista financeiro e orçamentário, por meio de um caixa único ou de um fundo geral. A autorização para o caixa único está definida pelo artigo 56 da Lei Federal 4.320/64, que dispõe sobre as normas gerais de direito financeiro, para elaboração dos orçamentos e balanços da União, estados e municípios e do Distrito Federal. A mesma legislação, logo adiante, nos seus artigos 71 e 74, autoriza a criação de fundos especiais.
A lei que cria o fundo deverá determinar as normas de controle, prestação e tomada de contas, desde que não contrarie a legislação existente. O fundo

representa antes de tudo uma "conta especial" utilizada especificamente para uma finalidade, no caso, a saúde. (Brasil. MS. *Fundo Municipal de Saúde: guia de referências para sua criação e organização*, 1994)

[45] Existem outros mecanismos de controle social sobre a saúde a que o cidadão ou mesmo os conselhos podem recorrer. Eles podem, por exemplo: exigir do Ministério Público a garantia do direito à saúde; denunciar irregularidades causadas por autoridades públicas ou por órgão público à Comissão de Seguridade Social do Congresso Nacional ou à Comissão das Assembléias Legislativas; denunciar ao Tribunal de Contas da União irregularidades e ilegalidades contra o patrimônio público; notificar a Procuradoria de Defesa do Consumidor (Procon) sobre mau atendimento nos postos de saúde ou hospitais e sobre as condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde; denunciar o descaso ou a irresponsabilidade de profissionais de saúde aos conselhos profissionais da categoria. Tratamos com maior profundidade desses mecanismos no texto O controle social na área da saúde. In: *Textos Técnicos para Debates: III COESA*, 1996.

[46] Brasil. Ministério da Saúde. *Conselho de Saúde: guia de referências para a sua criação e organização*, 1994.

[47] Relatório final da VIII CNS, 1986. Comissão relatora: Guilherme Rodrigues da Silva, Solon Magalhães Vianna e Roberto Passos Nogueira.

[48] Antes da X CNS, houve um acontecimento importante para o fortalecimento do controle social na área da saúde. Foi o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, realizado de 24 a 25 de abril de 1995, em Salvador. Os conselheiros de todo o Brasil já expressavam a preocupação de interferir melhor no controle das finanças da saúde, quando incluíram, entre as deliberações finais, a necessidade de "propor critérios para a programação e para a execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, deliberando sobre a destinação dos recursos, fiscalizando e controlando seu funcionamento" (Deliberações finais do I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, 1995:2).

[49] O orçamento participativo diz respeito ao processo de elaboração do orçamento público, especialmente no âmbito municipal. Conforme Giacomoni, no Brasil, à experiência de Lages (SC), no final de 70, com a administração municipal participativa, seguiram-se outras, nos anos 80: "Com exceção da experiência pioneira do município de Vila Velha (ES), o fenômeno tem estado geralmente associado às administrações do Par-

tido dos Trabalhadores, cuja doutrina recomenda essa prática, dentre outros métodos de gestão próprios da democracia direta. (...) O início da difusão dos 'Orçamentos Participativos' deu-se nas administrações comandadas pelo PT e iniciadas em 1989" (Giacomoni, 1994:194).
Uma experiência que se consagrou foi a da cidade de Porto Alegre, e, mais recentemente, a de Brasília, que elegeu como objetivos do orçamento participativo: "consolidação do processo de democracia, com maior controle do Estado pela sociedade e ampliação do exercício da cidadania; construção de um Estado transparente, desburocratizado e do público; fortalecimento de uma sociedade civil, autônoma, organizada e participante; fim da estruturação clientelista e fictícia dos orçamentos do Estado" (Distrito Federal. GDF. *Orçamento Participativo: você participa, todos ganham*, Brasília, 1996).

[50] O artigo 35 da Lei 8.080/90 prevê que "para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação de critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde da área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano qüinqüenal de investimentos na rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.
§1º - Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o coeficiente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio".

[51] Conclusão da mesa-redonda Financiamento do SUS da IX CNS/92, *Cadernos da Nona*, 3:59.

[52] Este ministro pertencia ao Partido Socialista Brasileiro (PSB), e na sua gestão foram dados grandes passos no sentido da efetivação da descentralização da saúde.

[53] O Movimento Municipalista de Saúde nasce no bojo de uma extensa crise, de natureza política, institucional, financeira e ideológica. Flávio Goulart (1996), em seu trabalho *Municipalização: veredas-caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*, define quatro momentos do movimento: período de resistência e baixa institucionali-

zação (anterior a 1984); primeiros passos como movimento organizado (1984-1987); expansão e institucionalização (1987-1992); consolidação (de 1992 em diante).
Em 1987, durante uma reunião de secretários municipais de Saúde, forma-se uma comissão encarregada de criar o organismo nacional de secretários, o Conasems. É a partir da criação desse órgão que se expande e se institucionaliza o Movimento Municipalista na área da saúde. Ao longo de todo processo de preparação da IX CNS, em suas etapas municipal, estadual e nacional, tendo como um de seus protagonistas principais o Conasems, o movimento se consolida, chegando a participar, inclusive, da elaboração das NOB de 91 (na sua reedição), de 93 e de 96.

[54] Quem assumiu a direção desse departamento foi Gilson de Carvalho, até então secretário municipal de Saúde de São José dos Campos (SP).

[55] Informações apresentadas por Gilson de Carvalho na mesa-redonda Da NOB/91 à NOB/96, na X CNS/96.

[56] Texto que integra a coleção de textos das entidades participantes do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da X CNS. *Subsídios para a atuação de delegados e convidados da etapa nacional da 10ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, ago.1996.

[57] Informações apresentadas por Eduardo Levcovitz na mesa-redonda Da NOB/91 à NOB/96, na X CNS/96.

[58] O pagamento por produção foi introduzido no Brasil em 1983 por meio do Sistema Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), como parte das medidas racionalizadoras adotadas pelo Plano de Reorientação da Assistência da Previdência Social. A partir de 1990, esse sistema "transformou-se no sistema de repasses financeiros a todas unidades assistenciais, hospitalares e ambulatoriais que integram o SUS, estatais e privadas, mediante a introdução do SIH/SUS e SIA/SUS" (Mendes, 1996:212-213).

[59] A Tabela 2 (Orçamento do Ministério da Saúde para 1997) mostra que, dos R$ 12.533,80 previstos para serem gastos especificamente com as ações de saúde em 1997, apenas R$ 3.086,80 (aproximadamente 25%) estavam destinados a ações de prevenção e promoção da saúde, o que confirma a prioridade conferida aos gastos em ações curativas, em detrimento das demais.

[60] Os trabalhadores da saúde que integram a equipe do PSF recebem um salário diferenciado, um salário extra, o que dificulta o estabelecimento de uma política de recursos humanos equitativa para o SUS. Essa diferenciação salarial demonstra o interesse do governo em que este programa funcione de fato, relegando as demais ações a um plano secundário.

[61] O Plano de Atendimento à Saúde (PAS) criado em São Paulo no final de 1995 na gestão de Paulo Maluf é, na realidade, um enorme 'pronto-ambulatório', de atendimento primário e encaminhamento dos casos mais graves às unidades do SUS ou a seus conveniados. Seu objetivo principal é transferir parcelas do orçamento do Estado para um grupo de particulares (Motta, 1997).

[62] Em Alagoas, como no Brasil, a participação política foi caracterizada por um "sistema político 'apoiado' na oligarquização do sistema de poder, na marginalização do povo do espaço público que, de sua parte, só consolidou-se restritamente" (Moisés; 1990:15). O Estado sempre privilegiou a intervenção e os interesses das classes dominantes, tornando grande parcela da população passiva. Moisés explica essa passividade argumentando que "habituados a ver praticamente todas as iniciativas serem tomadas pelas elites dominantes, ademais privilegiadamente situadas no interior do aparelho do Estado (que tudo pode e para nada precisa pedir autorização à cidadania), amplas parcelas do povo brasileiro teriam desenvolvido uma conduta política que os levaria a esperar tudo 'de cima' da iniciativa do poder público (...) o resultado é a edificação de uma ordem política apartada da experiência do povo e, freqüentemente, voltada contra os seus interesses fundamentais" (Moisés; 1990:15).

[63] Essas demandas estão relacionadas ao apoio aos pequenos agricultores, por meio do fornecimento de água, luz, sementes, batedeira de cereais, carro de boi, fábrica de fubá etc., e a algumas reivindicações dos povoados, como calçamento, telefone, assistência médica e padaria comunitária.

[64] Conselho formado por representantes das associações comunitárias e do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, criado para evitar ingerências políticas sobre os recursos do PAPP.

[65] O Sebrae apóia e financia o Programa de Apoio à Pequena e Média Empresa no município de Santana do Ipanema, dentro do Programa de Geração de Emprego e Renda.

[66] As dificuldades para a municipalização giraram em torno da aprovação das leis de criação do Conselho e do Fundo de Saúde pela Câmara de Vereadores, cujos parlamentares queriam, em sua maioria, receber dinheiro em troca de sua aprovação (Entrevista concedida pelo vice-prefeito em dezembro de 1996, durante a pesquisa de campo para elaboração da dissertação de mestrado).

[67] No período analisado (março/94 a janeiro/97), o repasse de recursos estava regulamentado pela NOB 01/SUS/93.

[68] Os representantes dos trabalhadores da saúde, conselheiros que mais intervieram nas reuniões do conselho, são ligados ao Partido dos Trabalhadores (PT), que, em 1996, contava com 140 filiados no município.

[69] A outra associação, cujo representante ocupa a suplência no conselho, também se diz independente politicamente; a maioria de sua diretoria, porém, está ligada ao PT.

[70] Optou-se por transcrever as entrevistas e/ou intervenções na oficina de capacitação fidedignamente, sem corrigi-las ou alterar seus termos.

[71] As características do modelo assistencial adotado são as seguintes, de acordo com o Relatório de Gestão 1993-1995: "A organização do Sistema Local de Saúde no município de Santana do Ipanema vem se pautando no modelo de Vigilância em Saúde, tendo como fundamentos os princípios do SUS, ou seja: Universalidade, Equidade, Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Participação Social e Complementariedade do Setor Privado. Os serviços de saúde vinculados ao SUS existentes no município desenvolvem atividades em nível primário e secundário, sempre com ações de promoção, prevenção e recuperação, atendendo a toda demanda espontânea, como também a referenciada".

[72] As obras desse hospital foram interrompidas logo na fase inicial. O que se fez, na realidade, foi a terraplanagem no local em que ele deveria ter sido construído.

[73] Essa proposta do gestor, aprovada em reunião do CMS, foi resultado da discussão sobre a situação caótica de funcionamento do hospital da rede estadual. A medida chamaria a atenção do estado e o levaria a assumir suas responsabilidades.

[74] Oficina de capacitação realizada com assessoria do Núcleo de Saúde Pública da Ufal, em Santana do Ipanema, em 19 e 20 de dezembro de

1996. Sua coordenação esteve a cargo da autora deste livro. O secretário municipal de Saúde não participou, alegando a necessidade de os conselheiros ficarem mais à vontade no processo de avaliação.

[75] A definição dos tetos financeiros de cada município era resultado de negociações e acordos entre os gestores estaduais e municipais da saúde na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AL).

[76] O Programa Leite é Saúde, que distribui leite para crianças desnutridas e gestantes em risco nutricional, é desenvolvido de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Relatório de Gestão 1993-1995).

[77] Os gastos efetuados, segundo quadro de receitas e despesas da SMS de 1996, foram diferentes dos previstos. A prefeitura gastou R$ 249.375,25; o Ministério da Saúde depositou R$ 487.246,73, os recursos do Programa Saúde da Família somaram R$ 54.250,00 e os recursos da Fundação Nacional de Saúde, R$ 108.000,00.

[78] O grupo político do prefeito havia ganho as eleições municipais, e já havia decidido que este iria ocupar o cargo de secretário municipal de Saúde, acumulando-o com o de vice-prefeito.

[79] Verifica-se nas prestações de contas apresentadas nas reuniões e registradas nas atas que não houve contrapartida da prefeitura municipal de Santana do Ipanema para o FMS nos meses de outubro e dezembro de 1996. Verificar Tabela 9, adiante.

[80] Na Tabela 6, o montante a ser repassado aos dois médicos credenciados somava R$ 117,6. Na Tabela 7, esse montante passou a R$ 575,28. Os valores repassados para cada médico não são altos em termos absolutos – de R$ 58,80, na Tabela 6, passaram a R$ 287,64, na Tabela 7 –, mas seu aumento percentual foi de 489%.

[81] Apesar de o percentual de repasse para a rede privada – médicos credenciados e laboratório – ter tido um aumento na Tabela 7 de 489% em relação ao demonstrado na Tabela 6, o percentual do repasse total de 7,8% para a rede privada na Tabela 7 foi inferior ao repassado na Tabela 6, de 8,5%. Isso se explica pelo aumento no total do teto financeiro da Tabela 7.

[82] Observa-se que esta foi a primeira reunião realizada após a oficina de capacitação de conselheiros, que teve como um de seus objetivos avaliar a sua atuação. É possível supor que essa atuação mais consistente dos membros do conselho tenha sido reflexo da referida capacitação.

83 A lei que institui o Fundo Municipal de Saúde em Santana do Ipanema segue o modelo publicado pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal – Ibam/Conasems em setembro-outubro de 1991.

84 Em agosto de 1999, foi aprovada a lei dos genéricos, que define que os medicamentos comercializados no país deverão ser identificados não apenas pelo nome ou pelo laboratório, mas por seu princípio ativo – o genérico, a substância que realmente combate a doença para a qual foi indicado. A partir da aprovação dessa lei, os gastos com medicamentos nos municípios podem cair, pois as secretarias municipais de Saúde poderão comparar os preços de dois ou mais medicamentos que tenham como elemento principal da fórmula o mesmo genérico, e comprar o mais barato.

85 Segundo informações do gestor municipal da saúde de Santana do Ipanema, o limite para compra sem licitação é de R$ 1.700,00.

86 O rumo que a política de saúde está tomando é apontado no relatório da pesquisa realizada em 1998 por Emerson Elias Merhy e Wanderley Silva Bueno, sobre os projetos neoliberais privatistas que têm influenciado o imaginário dos vários atores que disputam a hegemonia na reforma do sistema de saúde na América Latina em geral, e no Brasil em particular. A pesquisa mostra que os três projetos do Governo Federal – a NOB/96, a lei de regulamentação dos planos de saúde e a regulamentação das organizações sociais –, são coerentes entre si na intenção de reformar o setor saúde na perspectiva de reforma que o bloco neoliberal "tem colocado para o 'terceiro' mundo, como receituário para desenhar o seu futuro" (*Conferência Nacional de Saúde On-Line*, 1998).

87 A atual conjuntura evidencia que o processo de privatização da rede pública está em marcha. Várias modalidades de gestão têm sido implementadas em função de uma alegada falência da rede pública. A tendência do Governo Federal em relação ao setor saúde foi resumida nas palavras do ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, no primeiro Encontro do Conselho Federal de Medicina de 1997: "'o problema do SUS é o seu modelo de gestão (...) A idéia fundamental da reforma do Estado é entregar ao mercado as atividades que podem ser exercidas pela iniciativa privada, inclusive a saúde' (...) Para reorganização do SUS, o ministro propõe uma adaptação do modelo desenvolvido no Reino Unido, baseado em entidades públicas não-estatais, sem fins lucrativos e de direito privado." (*Medicina Conselho Federal*, ano X (80), abr.1997:19).

[88] Durante a X CNS/96 foram apresentadas algumas experiências municipais de implementação do modelo assistencial, preconizado pelo SUS, que estavam alcançando sucesso. O professor Elias Jorge, expositor de uma das mesas centrais, empolgou a plenária quando afirmou: “Onde dá SUS, dá certo!”.

[89] Em março de 1997, foi lançado o Plano de Metas do Governo – 1997/98, que preconizava a promoção da saúde por meio do estabelecimento de parcerias com órgãos federais, os estados, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade. Gilson de Carvalho chama a atenção para a forma vaga como o plano trata das organizações sociais, que seriam parceiras do Estado na condução das políticas de saúde: “Tudo parece estar aberto para que essas ‘organizações sociais’ sejam, na verdade, a fachada para a privatização de todo o setor, com a entrada, nas áreas lucrativas, de empresas multinacionais que, todos sabemos, investem na saúde atrás de lucros, mas fantasiadas de ‘entidades sem fins lucrativos’. Com esse tipo de parceria, o governo parece pretender ignorar seu dever constitucional de atendimento universal e financiamento da saúde pública”. (*Medicina Conselho Federal*, ano X, (80), abr.1997:19).

Referências Bibliográficas

ABRASCO. Relatório final da oficina de trabalho Incentivo à Participação Popular e Controle Social em Saúde. Brasília, 13-15/12/93.

ABREU, H. B. O contexto histórico-social da crise dos padrões de regulação sócio-estatal. *Praia Vermelha: estudos de política e teoria social*, 1(1), 1997.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Pesquisa sobre a Realidade da Municipalização em Alagoas. Programa de Apoio à Municipalização. Sesau, FNS, Ufal, Cosems, out./nov.1996.

ALMEIDA, C. Crise econômica, crise do *Welfare State* e Reforma Sanitária. *In:* GERSCHMAN, S. & VIANNA, M. L. (Orgs.) *A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

ARAÚJO, M. M. V. *As Políticas de Saúde em um Estado Periférico: o caso de Alagoas*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

AZEVEDO, R. Conselhos populares: uma varinha de condão? *Teoria e Debate*, 4, 1988.

BANCO MUNDIAL. Relatório Investindo em Saúde. Agenda de Reforma Sanitária, 1993.

BARROS, M. E. D. A política de saúde pós-IX CNS. In: *Seminário A Saúde que Queremos*, 1992, Aracaju. Conasems. (Mimeo.)

BARROS, M. E. D. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: *Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1994.

BERGMAN, A G. O exercício do controle social no município. In: *Seminário A Saúde que Queremos*, 1992, Aracaju. Conasems. (Mimeo.)

BORÓN, A. *Estado, Capitalismo e Democracia na América Latina*. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BORÓN, A. O pós-neoliberalismo é uma etapa em construção. In: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986.

BRASIL. Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (I PND-NR), 1986.

BRASIL. Senado Federal. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde).

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais e de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/1991.

BRASIL. Ministério da Saúde/SUS. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Municipal de Saúde: guia de referências para sua criação e organização, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da X Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Metas. 1997, o Ano da Saúde no Brasil: ações e metas prioritárias, 20/03/97.

BRASIL. Comissão de Orçamento e Finanças/Relatório, DPVAT. *Boletim do Conselho Nacional de Saúde*, 2(3), 1999.

CAMPOS, G. W. S. Papel do movimento sanitário na construção do novo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1, 1996.

CARDOSO, R. C. L. Movimentos sociais urbanos: balanço crítico. In: SORJ, B. & ALMEIDA, M. H. T. (Orgs.) *Sociedade e Política no Brasil Pós-64*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CARNOY, M. *Estado e Teoria Política*. São Paulo: Papirus, 1990.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, G. O caos do financiamento da saúde... no fundo do poço. *Cadernos da Nona*, 1, Brasília: IX CNS, 1992.

CARVALHO, G. O gasto federal com saúde em 1997 e o orçamento saúde/98: comentários preliminares. *Jornal do Conasems*, III(43), 1998. (Publicação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

CIGNOLI, A. *Estado e Força de Trabalho: introdução à política social no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 33 de 23 de dezembro de 1992.

COHN, A. Descentralização, saúde e cidadania. *Lua Nova*, 32, 1994.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.) *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.

COHN, A. A Saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A. & ELIAS, P. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

CONGRESSO NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE (I). Relatório final. Salvador, 24 e 25 de abril de 1995.

CONASS, CONASEMS, MS, OPAS/OMS, ABRES, IDISA. Relatório final da oficina de trabalho O Financiamento do SUS, Maceió, 18-19 maio 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Regulamentação de planos de saúde prejudica médicos e pacientes. *Medicina Conselho Federal, Órgão Oficial do Conselho Federal de Medicina*, XII(94), 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Sistema liberal-social para a saúde. *Medicina Conselho Federal, Órgão Oficial do Conselho Federal de Medicina*, X(80), 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Plano de metas: estratégias e propostas antigas. *Medicina Conselho Federal, Órgão Oficial do Conselho Federal de Medicina*, X(80), 1997.

CORDONI JÚNIOR, L. Participação social em saúde: experiência do Paraná. *Anais da VIII CNS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CORREIA, M. V. C. Saúde: descentralização e democratização. In: *Textos Técnicos para Debates: III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas*. Alagoas: CES/Sesau/AL, 1996a.

CORREIA, M. V. C. O controle social na área da saúde. In: *Textos Técnicos para Debates: III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas*. Alagoas: CES/Sesau/AL, 1996b.

CORREIA, M. V. C. & CAVALCANTI, S. M. S. SUS: a aplicação de seus princípios e a busca de uma nova prática de atendimento. In*: Textos de Apoio: III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas*, V.II, 1996.

COSTA, N. R. et al. (Orgs.) *Demandas Populares e Políticas Públicas de Saúde*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1989.

COSTA, N. R. Políticas públicas, direitos e interesses: Reforma Sanitária e organização sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

COSTA, N. R. *Transição e Movimentos Sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária*. Trabalho desenvolvido no âmbito do projeto Políticas Públicas, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fenep, Inamps, s,d.

COTTA, R. M. M. et al. A crise do Sistema Único de Saúde e a fuga para o mercado. *Ciência e Saúde Coletiva*, III(1), 1998.

DANIEL, C. Gestão local e participação da sociedade. In: VILLAS-BOAS, R. (Org.) *Participação Popular nos Governos Locais*. São Paulo: Pólis, 1994.

DE LA MORA, L. *Pouvoir local, participation populaire et conquête de la citoyenneté: évaluation du processus de participation dans le plan de récupération des bidonvilles de Recife (Brésil)*, 1993. Tese de doutorado, Paris: II. Universidade de Paris.

EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.& ELIAS, P. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

FAVERET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J. *A Universalização Excludente: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IEI, 1989.

FERNANDES, F. *Nova República?* Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

FLEURY, S. M. Cidadania, direitos sociais e Estado. *Anais da VIII CNS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

FLEURY, S. M. Descentralização dos serviços de saúde. *Cadernos da Nona*, Brasília: IX CNS, 1992.

FLEURY, S. M. *Estado sem Cidadãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FLEURY, S. M. & GIOVANELLA, L. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

FOLHA DE S. PAULO. Crise na saúde pode reduzir sistema de assistência gratuita. São Paulo, 24 maio 1998, Cotidiano, p.1-4.

FOLHA DE S. PAULO. São Paulo, 21 fev.1999, Folha Dinheiro, p.1.

FRANCO, T. B. O que diz a NOB/96. Betim: Secretaria Municipal de Saúde/ Conselho Municipal de Saúde, 1996. (Mimeo.)

GIACOMONI, J. *Orçamento Público*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIANNOTI, J. A. *Trabalho e Reflexão*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

GIDDENS, A. A terceira via em cinco dimensões. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 21 fev. 1999. Mais!, p.4.

GOULART, F. A. *A. municipalização: veredas-caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.

GRAMSCI, A. *Concepção Dialética da História*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 5.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

HARVEY, D. *A Condição Pós-moderna.* São Paulo: Loyola, 1993.

IAMAMOTO, M. V. & CARVALHO, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo: Cortez, Celats, 1988.

JACOBI, P. Movimentos sociais urbanos numa época de transição: limites e potencialidades. In: SADER, E. (Org.) *Movimentos Sociais na Transição Democrática*. São Paulo: Cortez: 1987.

JACOBI, P. *Movimentos Sociais e Políticas Públicas: demandas por saneamento básico e saúde*. São Paulo: Cortez, 1989.

JACOBI, P. Descentralização municipal e a participação dos cidadãos: apontamento para o debate. *Cadernos da Nona*, 1, Brasília: IX CNS, 1992.

JORGE, E. A. Financiamento setorial do SUS e a questão da municipalização da Saúde. In: *Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Projeto Nordeste/IEC, 1994.

JORGE, E. A. Financiamento do SUS: 'problemática' e 'solucionática'. *Jornal do CONASS*, jul./ago.1996.

KOFLER, L. *Contribuición a la Historia de la Sociedad Burguesa.* Buenos Aires: Amorrontu, 1971.

KOWARICK, L. Processo de desenvolvimento do Estado na América Latina e políticas sociais. *Serviço Social e Sociedade*, 17, 1985.

KURZ, R. Ditadores democráticos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 21 fev. 1999. Mais!, p. 5-8.

LAURELL, A. C. La logica de la privatizacion en salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

LIMA, C. R. Reforma do Estado e política de saúde: discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. *Saúde em Debate*, 49-50, 1995/1996.

LOPES, J. R. Participar é o melhor recurso. *Jornal da Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais* (*Abong*), 16, 1996. O que esperamos dos governos municipais. (Especial).

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de 'transição democrática': anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 1991.

MACHADO, F. A. Participação social em saúde. *Anais da VIII CNS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

MANNHEIM, K. *Sociologia Sistemática: uma introdução ao estudo de sociologia*. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1971.

MÉDICI, A. C. Financiamento e desempenho das políticas sociais: 1980-91. *Saúde em Debate*, 42, 1994.

MÉDICI, A. C. O desempenho financeiro das políticas sociais federais. *Cadernos Abong*, 10, 1995.

MELO, M. A. Crise federativa, guerra fiscal e 'hobbesianismo municipal': efeitos perversos da descentralização? *São Paulo em Perspectiva*, 10(3), 1996.

MENDES, E. V. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: visão geral. *Anais da VIII CNS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. & BUENO, W. S. Organizações Sociais: autonomia de quem para quem? *Conferência Nacional de Saúde On-Line*, jun.1998.

MIGLIOLI, J. Burguesia e liberalismo: política e economia nos anos recentes. *Crítica Marxista*, 1(6), 1998.

MOISÉS, J. A. *Cidadania e Participação: ensaio sobre o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular na nova Constituição*. São Paulo: Marco Zero, 1990.

MOTA, A. E. *Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTTA, C. (Org.) *PAS: o avesso da saúde.* São Paulo: Sindicato dos Médicos, 1997.

NETO, J. S. M. Descentralização e democracia: tópicos de um debate. *Saúde em Debate*, 33, 1991.

NETTO, J. P. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, J. P. *Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal*. São Paulo: Cortez, 1993. (Coleção Questões de Nossa Época, 20).

NOVAES, R. R. *Nordeste, Estado e Sindicalismo: o PAPP em questão*. Rio de Janeiro: CEDI, 1994.

O'DWYER, G. C. & DAVOLI, M. Z. Municípios e a qualidade de vida. In: *Coleção de Textos das Entidades Participantes do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: Comissão Organizadora da X CNS, 1996.

OLIVEIRA, F. O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos Cebrap*, 22 out.1988.

OLIVEIRA, F. Os protagonistas do drama: Estado e sociedade no Brasil. In: LARANGEIRA, S. (Org.) *Classes e Movimentos Sociais na América Latina*. São Paulo: Hucitec, 1990a.

OLIVEIRA, F. A metamorfose da arribação: fundo público e regulação autoritária na expansão econômica do Nordeste. *Novos Estudos Cebrap*, 27, jul.1990b.

OLIVEIRA, F. A economia da social-democracia. *Revista USP*, 17, mar./abr./maio 1993. Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo.

OLIVEIRA, F. Neoliberalismo à brasileira. In: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995a.

OLIVEIRA, F. A questão do Estado. *Cadernos Abong*, 8, jul.1995b.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. Problemas atuais e proposta para a revisão da política de financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cadernos da Nona*, 2, Brasília: IX CNS, 1992.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. & PINHEIRO, V. C. *Gasto Social Federal e Investimento na Infância*. Brasília: Unicef, 1995.

POSSAS, C. A. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

POULANTZAS, N. *O Estado, o Poder, o Socialismo*. Trad. Rita Lima. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS & CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR. Relatório final do seminário Ação Local Integrada e Segurança Alimentar, 1-3 set. 1994, Fortaleza.

PRZEWORSKI, A. O capitalismo democrático na encruzilhada. *Novos Estudos Cebrap*, 22, 1988.

PRZEWORSKI, A. *Capitalismo e Social-Democracia*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989.

RAMOS, C. L. Conselhos de saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

REVISTA ÉPOCA, ano 1, nº 39, 15 fev. 1999. Brasil Economia. *Galbraith e Hobsbawm: a crise do Real*, p. 22-27.

REVISTA VEJA, ano 32, nº 37, 17 fev. 1999. Brasil Conjuntura. *A folia da inflação*, p. 26-27.

RIDENTI, M. *Classes Sociais e Representação*. São Paulo: Cortez, 1994.

SANTANA DO IPANEMA. Lei municipal de criação do Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema nº 597, de 21 de dezembro de 1993.

SANTANA DO IPANEMA. Lei municipal de criação do Fundo Municipal de Saúde de Santana do Ipanema nº 598, de 21 de dezembro de 1993.

SANTANA DO IPANEMA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão 1993-1995.

SANTANA DO IPANEMA. Relatório da situação da saúde no município: quatro anos de desafio e trabalho em favor do SUS – 1993 a 1996.

SANTANA DO IPANEMA. Conselho Municipal de Saúde. Atas das reuniões de janeiro de 1994 a janeiro de 1997.

SANTANA DO IPANEMA. Conselho Municipal de Saúde. Resoluções de março de 94 a janeiro de 97.

SANTANA DO IPANEMA. Leis do Orçamento Anual da Prefeitura 1994/95/96/97.

SANTANA DO IPANEMA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Aplicação Financeira - 1996.

SANTANA DO IPANEMA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 1996/97.

SANTANA DO IPANEMA. Secretaria Municipal de Cultura, Esportes e Promoções da Criança e do Adolescente. Relato Histórico-Cultural de Santana do Ipanema, 1996.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SCOTTI, R. F. Para entender a NOB-96. Informações sintéticas sobre a Norma Operacional Básica 01/96 - versão de 27/08/96, aprovada pelo CNS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. (Mimeo.)

SILVA, L. Controle social: que o Estado cumpra o seu dever e o cidadão o seu direito. In: *Seminário a Saúde que Queremos*, 1992, Aracaju. Conasems. (Mimeo.)

SORI, B. & ALMEIDA, M. H. T. (Orgs.) *Sociedade e Política no Brasil Pós-64*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

TELLES, V. Sociedade civil, direitos e espaços públicos. In: VILLAS-BOAS, R. (Org.) *Participação Popular nos Governos Locais*. São Paulo: Pólis, 1994.

TOLEDO, C. N. A modernidade democrática da esquerda: adeus à revolução? *Crítica Marxista*, 1994.

VALLA, V. V. (Coord.) *Participação Popular e os Serviços de Saúde: o controle social como exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Pares, 1993.

VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. *Participação Popular e Saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

VIEIRA, E. *Democracia e Política Social*. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1992. (Polêmicas do Nosso Tempo, 49).